

DEMENS

Vol. 9 / nr. 4

2005



omsorgens vilkår

aktuell informasjon – debatt



NEUROSCIENCE



Pfizer AS, Postboks 3, 1324 Lysaker.
Telefon: 67 52 61 00. Fax: 67 52 61 92

 **Aricept**
donepezil HCl

- 2 Minnesstørninger – ett symptom vid
många tillstånd**
Görel Bråne
- 7 Ny fase for yngre med demens i
Stavanger**
- 10 Endelig et egnet tilbud for Jostein!**
- 13 ABI – bra for pasientene eller for
kommunen?**
- 14 Verdiklemma – effektivitet kontra
verdier og visjoner**
Gro Østmoe Granholt
- 16 Hvor effektive er effektivitetsmålingene?**
Sturle Næss
- 19 Geriatri, nevrologi og alderspsykiatri
sammen om etablering av
hukommelsessenter**
Anne Marie Mork Rokstad
- 20 Bruk av tvang i norske sykehjem**
Øyvind Kirkevold
- 22 Lysbehandling mot søvnforstyrrelser**
Arne Fetveit
- 24 Memantin – behandlingsalternativ ved
demens med frontale symptom?**
Arne Ruset
- 26 Kunnskap i bønn er topp!**
- 28 E-vitamin mot demens og aldring
– drømmen som brast?**
Harald A. Nygaard
- 30 Demens i Grønland**
Rosemarie Elsner
- 32 Bokomtaler**

Redaksjonen avsluttet 4.11.2005.

Forsiden: Akvarell av Tove Sparvath Holmøy®

Noe er galt i kongeriket Norge

Overskriften er inspirert av salig Shakespeare. Han hadde neppe helse- og omsorgssektoren i tankene, men det har vi. DEMENS får stadig henvendelser om kutt i demensomsorgen. Samtidig rammes flere og flere av demens.

Hvordan kan nedskjæringene forenes med kravene i Kvalitetsforskriften, spør en leser i dette nummeret. Et meget relevant spørsmål. Og vi spør mer: Hva skjer med kommuner som systematisk bryter Kvalitetsforskriften for å spare penger? Ingenting? Fører Helse-tilsynets anmerkninger til noe annet enn en dårlig dag for en administrator som kanskje er sosialisert til å være mer lojal mot «systemet» enn mot pasientene?

Vi har skrevet om tidsmålinger i omsorgen før, og vi gjør det igjen fordi de er en del av bildet. Forkortelser som ABI, IPLOS, KOSTRA og DEA flyr gjennom luften, og nåde den kommuneansatte som ikke er begeistret for alle de nye måleinstrumentene som har fått en så dominerende rolle. Betenkelig da, å lese innlegget fra Blidensol sykehjem i Stavanger, leserinnlegget om «Verdiklemma» og kronikken fra forsker Sturle Næss. For hva måler disse instrumentene? Fanger de opp angst og uro som plutselig kan oppstå hos personer med demens, og som krever kompetent og tilstrekkelig personale for å unngå kaos på en hel avdeling? Fanger de opp forebygging av uro? Tar de høyde for at demenssykdommene utvikler seg, men ikke i samme tempo hele tiden og hos alle? Måleinstrumentene egner seg bedre til vareproduksjon enn til tjenesteproduksjon og myke verdier, er konklusjonen mange trekker. Likevel brukes de over hele Norge som grunnlag for planlegging av en så omfattende omsorg som personer med demens trenger.

Jeg tror vi ville hatt Shakespeare på vår side.



Ragnhild Eidem Krüger

Ragnhild M. Eidem Krüger

Redaktør:

Ragnhild M. Eidem Krüger
Hop terrasse 12, 5232 Paradis
Tlf. 55 91 22 11, Fax 55 91 22 12
E-mail: ragnhild.kruger@nordemens.no

Redaksjonssekretær:

Toril Utne, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Tlf. 22 11 77 28,
E-mail: toril.utne@nordemens.no

Ansvarlig redaksjonskomité:

Aase-Marit Nygård, Spes. i klinisk psykologi,
Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
Tlf. 22 11 77 27

Harald A. Nygaard, Professor emeritus
Geriatrik seksjon, Inst. for samfunns-
medisinske fag, UiB Tlf. 55 58 61 00

Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder
Sykehuset i Molde, Nordmøre og Romsdal HF,
Tlf. 71 12 30 08

Faglige medarbeidere:

Knut Engedal, Professor dr. med.
Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens,
Tlf. 22 11 87 39

Arnfinn Eek, Spes. i klinisk psykologi
Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens,
Tlf. 33 34 19 50

Minnesstörningar

– ett symptom vid många tillstånd



 Görel Bråne, Medicine doktor, Leg psykolog, Legitimerad psykoterapeut, Specialist i Klinisk psykologi och Neuropsykologi, Sahlgrenska Akademien, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Mölndals Sjukhus, Göteborg

I klinisk verksamhet möter vi människor, som söker hjälp på grund av att de har subjektiva besvär på «minnesstörningar». De är oroliga för att de har drabbats av demenssjukdom. De har svårt att vara specifika och konkreta, och beskrivningen av symptomatologin blir ofta generell och diffus.

Vi möter olika former av minnesproblematik, som vid snabb och ytlig bedömning kan te sig som en sjukdom, men vid närmare helhetsutredning kan vara en helt annan eller till och med flera på en gång.

Utmattningssyndromet

Utmattningssyndromet (1) är stressrelaterad psykisk ohälsa och innebär att man under minst två veckor skall ha både fysiska och psykiska symptom på utmattning. I sjukdomsbilden skall också koncentrationssvårigheter och minnesstörningar finnas med. Patienten skall ha påtagliga svårigheter att hantera krav, och uppgifter som man förut har gjort utan att tänka, känns helt oöverstigliga. Patienterna känner sig kroppsligt svaga, är lätt uttröttbara och känslomässigt labila. Värk – ofta i nacke och huvud – bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet är vanliga symptom. Sömnen är otillräcklig.

Utmattningssyndromet är alltså ett antal beskrivande symptom för ett tillstånd med olika fysiska, intellektuella och känslomässiga delar. Sömnen är ytlig och patienterna

kan inte tillgodogöra sig de olika faserna i ett naturligt sömnförlopp. Om de förut tyckt om att utöva någon sport så slutar de med det. Till och med en kort promenad runt huset kan kännas tungt.

MCI

En annan diagnos, som också innefattar minnesstörningar är mild kognitiv dysfunktion (MCI – Mild Cognitive Impairment) (2). Den ges om patienten inte uppfyller kriterierna för demensdiagnos, men har onormal minnesfunktion för den ålder som patienten befinner sig i. I övrigt fungerar patienten helt normalt när det gäller aktiviteter i dagliga livet (ADL-funktioner). Dessutom är de flesta andra kognitiva funktioner intakta.

Depression

Depression i medelålder och under åldrandets olika faser kan te sig annorlunda än i yngre år. Ofta förekommer somatiska symptom. Oftast är det fråga om en blandning av tillstånden och kan benämnas ångestdepressivt syndrom. Det kan finnas hos patienter med såväl organisk som icke-organisk dysfunktion.

Också dessa patienter har kognitiva svårigheter i form av minnesstörningar, exekutiv problematik etc.

Demens

Demens (3) innebär att man har en förvärvad¹⁾ nedsättning av mentala funktioner oberoende av sjukdomsgrad, etiologi eller omfattning. Minnesstörningar är obligatoriskt symptom, men också ett par andra kognitiva funktioner skall vara nedsatta. Några exempel är språkstörning, nedsatt motorisk förmåga trots intakta motoriska funktioner, svårigheter att känna och/eller identifiera föremål trots intakta sensoriska funktioner, nedsatt planeringsfunktion och svårigheter att organisera sin tillvaro. De kognitiva bortfallssymptomen skall för patienten orsaka betydande social eller yrkesmässig funktionsförsämring.

Ovan beskrivna olika tillstånd karakteriseras alltså av såväl intellektuella som emotionella svårigheter. Det är viktigt att kartlägga de olika symptomen som patienten själv klagar över. Någon klagar över

¹⁾ Förvärvad: ervervet (red.)

«ångest». Det är då viktigt att förklara vad just han/hon menar med det eftersom ordet ångest betyder olika för olika personer. En annan person fokuserar på sina minnesproblem. Då måste vi fråga oss: «Vilken typ av minnesproblem har patienten», «hur frekventa är de», «när uppstår de och hur påverkar de patientens vardag». Vi måste utgå ifrån patientens absoluta verklighet och inte bagatellisera eller ignorera detta. Vi bör alltså – utöver den emotionella problematiken – tillsammans med patienten också noga gå igenom de kognitiva svårigheterna. Detta kan betraktas såsom den första fasen i det psykoterapeutiska arbetet.

Psykologiska metoder

De psykologiska metoderna kan delas in i tre delar, nämligen screening, neuropsykologisk metod och skattningar²⁾, det vill säga användning av skattningsskalor. Under screeningen görs en grov bedömning av patientens förmågor. Klinikern fångar upp de mest synliga symptomen såsom fiskaren fångar de största fiskarna med ett grovmaskigt nät. Om patienten har någon brist, rekommenderas en fördjupad screening då ytterligare tester kan användas. Den första screeningen kan utföras av olika yrkeskategorier, medan den fördjupade screeningen utförs av legitimerad psykolog/neuropsykolog.

Patienten får under screeningfasen också hjälp att strukturera sin problematik med hjälp av skattningsskalor som kodar och summerar tillstånden. Det finns både självskattningsskalor och observationskalor. Självskattningsskalorna ger patienten möjlighet att bedöma sitt eget tillstånd och ge uttryck för sin subjektiva uppfattning om tillståndet. Skattningsskalorna används för att få ett gemensamt språk och för att tillsammans med patienten diskutera resultaten och studera de profiler som patienten får. Detta används sedan som utgångsläge för planering och vid utvärdering av behandling.

För att få struktur vid bedömningssamtalen och för att patienterna skall få möjlighet att noga subjektivt värdera olika delar av kognitiva funktioner har Skalan för Subjektiv Kognitiv Funktionsnedsättning (SSKF-skalan) (4, 5) konstruerats (se appendix). Skalan har tio variabler som mäter subjektiv upplevelse av minnestörningar, svårigheter att lära nytt, bristande simultankapacitet, koncentrationssvårigheter, oförmåga att arbeta snabbt, distraherbarhet, spatial dysfunktion, planeringsoförmåga samt språklig dysfunktion. Patienterna bedömer sina funktioner genom att sätta ett kryss på varje linje. Vid kvantitativa beräkningar betyder siffran 0 «stämmer inte alls» och 100 betyder «stämmer helt». I en studie (4, 5) skiljer en grupp patienter med utmattningsdepression sig signifikant från en grupp friska personer i åldern 29-72 år. Ytterligare validering av SSKF-skalan pågår.

Andra skattningsskalor som är användbara i sammanhanget är Beck depressionsskala (BDI) (6), som mäter depression och är en självskattningsskala. Den består av 21 variabler. Varje variabel har fyra skalsteg. Normal-minimal depression ligger mellan 0-9 poäng, 10-16 poäng är lindrig depression, 17-29 poäng är måttlig depression och 30-63 poäng innebär svår depression.

Becks anxiety scale (BAI)(7) mäter ångest och är också en självskattningsskala. Den mäter frekvens och grad av olika symptom och graderas mellan 0 och 63 p.

Gottfries-Bråne-Steen-skalan (GBS-skalan) (8, 9, 10) identifierar demenssyndromet. Detta är en observationsskala och kan användas av såväl personal som anhöriga (9). Skalan har tre delskalor och mäter intellektuella och emotionella funktioner och aktiviteter i dagligt liv. Dessutom mäter den beteendemässiga och psykologiska symptom (BPSD-symptom), som är vanliga vid demenssjukdom.

Den neuropsykologiska undersökningen har som målsättning att fastställa premorbid och aktuell kognitiv nivå, lokalisera eventuell hjärnskada och identifiera bevarade

funktioner. Den utförs av legitimerad psykolog med speciell utbildning i testmetodik.

Den kvantitativa delen av undersökningsresultaten ger siffror som jämförs med normalmaterial. Den kvalitativa utvärderingen visar hur patienten agerar i testsituationen.

Efter att resultaten har analyserats ges god tid för information till patienten, som får möjlighet att reflektera och diskutera hur resultaten överensstämmer med den egna berättelsen och hur detta kan tänkas påverka patientens vardag rent generellt. Frågor som «Stämmer de neuropsykologiska resultaten med din bild av problemen», «vad betyder detta för dig just nu» och «vad tänker du att det kommer att betyda för dig i fortsättningen?» blir ställda.

Kognitiv psykoterapi – en användbar behandling

Kognitiv psykoterapi är en psykologisk behandlingsmetod, som utgår ifrån patienternas föreställningar om sina symptom, dess orsaker och konsekvenser på det kroppsliga, psykologiska och sociala planet. Metoden har flera kvaliteter som gör den lämplig för såväl yngre som äldre människor med kognitiv och emotionell dysfunktion av olika grad. Den kognitiva psykoterapi kan användas som korttidsterapi. Terapeuten är aktiv, vilket underlättar den terapeutiska processen – speciellt för den äldre patienten. En annan viktig del är att den innehåller en strukturerad livsgenomgång och patienten får oftast i hemuppgift att rita sin livslinje. Detta gör att patienten själv fokuserar och konkretiserar de händelser som påverkat livet i positiv och negativ riktning samt identifierar eventuella trauman och stressorer under livets gång. Detta är i sig mycket ofta insiktsbefrämjande och läkande för patienten.

Nedan följer tre fallbeskrivningar där patienterna sökt hjälp på grund av att de upplever intellektuella och emotionella svårigheter. De har genomgått neuropsykologisk undersökning före och efter en tids kognitiv psykoterapi.

²⁾ Skattning: vurdering (red.)



Patientfall 1

61-årig kvinna som kommer på remiss³⁾ för utredning av «sitt dåliga minne» med frågeställning Alzheimer's sjukdom. Hon har en akademisk examen och är mellan-chef på ett medelstort företag. Kvinnan är fränskild, har två barn och ett barnbarn och en åldrad demenssjuk mor. Hon är uppvuxen på landet. Föräldrarna skildes då hon var sju år gammal. Kvinnan hade det svårt efter föräldrarnas skilsmässa eftersom hon skulle leva upp till deras olika krav på henne. Fadern suiciderade när hon var tonåring.

Nuvarande situation: Kvinnan har varit sjukskriven under fyra månader på grund av utbrändhet. Hon har svårt att samla tankarna, «glömmer det mesta», ältar tankar men «kommer ingenstans». Hon har svåra sömnstörningar, förväntansoro och blixtrande huvudvärk på mornarna. Patienten beskriver det som om «hjärnan kokar». Hon upplever också att hon inte kan känna igen väl kända människor. Har svårt att komma ihåg namnet på personer som hon är chef för. Tidigare var kvinnan kreativ och social och alltid varit den som har stöttat andra, men numera avskärmar hon sig sociala kontakter. Tidigare har hon uppskattat sitt arbete, «givit allt», tyckt att det var spännande och ständigt stöttat och hjälpt andra i alla lägen. Hon har klarat att «ha många bollar i luften». Nu har det hänt flera gånger att hon har lämnat kastrullen kvar på spisen⁴⁾, vilket orsakat rökutveckling. Hon glömmer ofta nycklar eller annat. Dessutom har hon missat flera viktiga sammanträden i arbetet. Kvinnan har nedsatt självförtroende och ser ingen framtid längre på arbetet. De största svårigheterna är «ångesten och sömnsvärigheterna».

Den neuropsykologiska utredningen visar: Inpräglingssvärigheter, bristande episodiskt minne, prosopdysgnosi (oförmåga att känna igen ansikten), bristande simultankapacitet, viss språkstörning i form av

bristande abstrakt tänkande och ordföledsdysfunktion.

GBS-profilen visar att patienten har koncentrationsstörningar, minnesproblem, ängslighet och sänkt stämningsläge.

Kognitiv psykoterapi vid 15 tillfällen.

Neuropsykologisk utredning efter ett år visar generellt förbättrade funktioner såväl subjektivt som objektivt. Kvinnan har återgått till sitt arbete och tagit upp vänskapsrelationer.

Patientfall 2

En 64-årig man med akademisk utbildning och som är egen företagare sedan 30 år. Gift och lever i ett gott förhållande sedan 35 år. Han har två barn och tre barnbarn.

Han har under cirka 10-15 år haft stressigt i arbetet med ett par konkurser. Under det senaste året har antalet kunder minskat drastiskt. Patienten har känt sig orolig för ekonomin. Under denna period kände han sig misslyckad, ledsen och ängslig. Han upplevde att han hade svårt att komma ihåg mötes-tider och andra uppdrag, men han såg inte det som särskilt allvarligt, utan tolkade det hela som att han hade för mycket att göra. Av distriksläkaren blev han sjukskriven med diagnos utmattningsdepression.

Nuvarande problematik: Lindriga minnessvärigheter, sömnsvärigheter och nackvärk.

Neuropsykologisk utredning visar bristande inpräglingsfunktion, minnesstörning, bristande abstraktionsförmåga samt svårigheter med visuokonstruktivt tänkande/spatial funktion. Exekutiv dysfunktion. Patientens hustru gör en bedömning med GBS-skalan som visar såväl intellektuella som emotionella problem. Misstanke om preklinisk demenssjukdom föreligger. Patienten får en MCI-diagnos. Ny neuropsykologisk utredning rekommenderas efter ett halvt år.

Patienten erhåller kognitiv psykoterapi vid fem tillfällen kombinerat med medicinering.

Patienten blir åter undersökt neuropsykologiskt efter seks månader. Vid detta tillfälle får patienten

en demensdiagnos – Alzheimer's sjukdom i tidigt skede. Patientens maka får fortsatt anhörigstöd i grupp. Patienten har sålt sitt företag och ägnas sig åt sin hobby – snickeri.

Patientfall 3

Man, 74 år, som har en akademisk utbildning och ett långt arbetsliv inom forskning. Han har under många år undervisat på ett universitet och också haft flera uppdrag efter pensioneringen. Patienten har en trygg barndom i bagaget. Han gifte sig ung, fick två barn och genomgick en dramatisk skilsmässa för 30 år sedan. Han lever tillsammans med en kvinna sedan 10 år. Hon har fått en obotlig sjukdom och patienten har stöttat henne under en lång tid. Patienten har alltid varit den starke i förhållandet och har stöttat hustrun, som varit känslomässigt labil under en del år. Själv fick han en cancerdiagnos för ett år sedan.

Nuvarande problematik: Patienten fick en depression och svår ångest. Han har legat på sjukhus på grund av detta under ett par månader. Han har inte orkat någonting och tycker nu att han har minnesstörningar och svårt att koncentrera sig. Han känner sig passiv och vill inte företa sig någonting. Man har provat ett antal mediciner, men ingenting hjälper patienten fullt ut. Personalen tycker att han glömmer för mycket och att han blir mer och mer hospitaliserad.

Neuropsykologisk utredning visar att patienten har inpräglings-svärigheter, minnessvärigheter och bristande simultankapacitet.

Patienten får börja med kognitiv psykoterapi under tiden han är på avdelningen. Kan efter några veckor skrivas hem och fortsätter med psykoterapi en gång per vecka. Efter fyra månader är han till stor del återställd. Han har tillgodogjort sig den kognitiva psykoterapi och fungerar nu väl. Han har funnit en balans mellan aktivitet och vila. Han har åter upptagit vissa sociala kontakter med både barn, barnbarn och ett par goda vänner. Han skriver dagbok och har under sex månader samtal varannan vecka.

³⁾ Remiss: hänvisning (red.)

⁴⁾ Spis: ovn, komfyr (red.)

Appendix

Skalan för Subjektiv Kognitiv Funktionsnedsättning (SSKF-skalan)
©Görel Bråne 2003 E-mail: gorel.brane@bostream.nu

Bedöm dina funktioner. Sätt ett kryss på varje linje.
0 betyder «stämmer inte alls» och 100 betyder «stämmer helt».

Jag måste göra anteckningar för att jag inte skall glömma
(t.ex. då jag lyssnar på en föreläsning, bestämmer mötestider etc).
0 _____ 100

Jag har svårt att lära in nya saker nu (t.ex. dataprogram, glosor, handlingslista etc.)
0 _____ 100

Jag har svårt att göra flera saker samtidigt
0 _____ 100

Jag har svårt att koncentrera mig (till exempel då jag läser, ser på ett reportage
på TV, följer en diskussion).
0 _____ 100

Jag tycker att jag presterar dåligt då jag måste arbeta snabbt.
0 _____ 100

Jag blir distraherad av ovidkommande ljud och/eller ljus.
0 _____ 100

Jag har svårt att finna ord då jag ska berätta (t.ex. då jag skall hålla en
föreläsning, berätta en historia eller argumentera för något).
0 _____ 100

Jag har svårt att hitta i nya omgivningar (t.ex. då jag är i ett annat land,
på en flygplats eller i ett stort varuhus).
0 _____ 100

Jag har svårt att planera och genomföra olika aktiviteter (t.ex. middagar, resor).
0 _____ 100

Jag har svårt att följa med i diskussioner (t.ex. debatter på TV, radio eller vid
möten på min arbetsplats).
0 _____ 100

Ny neuropsykologisk utredning
visar förbättrade funktioner gene-
rellt.

Terapiprocessen

Utrymme finns inte att i denna arti-
kel i detalj beskriva de terapeutiska
processerna som karakteriserar
arbetet med ovanstående fallbe-
skrivningar. Terapiprocesserna har
varit olika med avseende på tid,
innehåll och resultat. Detta beror på
att det handlar om tre helt olika
patienter i helt olika livssituationer,
men som framställde mycket lika
problematik från början. Några
generella punkter är dock av värde
att nämna, nämligen:

- Patienterna upplevde generell
subjektiv problematik med
minnesstörningar

- De fick genomgå en neuropsyko-
logisk utredning i tre steg
- Den kris, som upplevd och reell
förlust av kompetens, med de
känslor och identitetsförändring
innebar, bearbetades
- Tillsammans med patienterna
identifierades och förändrades
negativa automatiska tankar och
grundantaganden kring relationer,
arbetssituation samt egna och
andras krav på prestationer
- Patienterna uppmuntrades att
återuppta positiva aktiviteter och
goda relationer
- Patienterna lärde sig avspän-
nings- och koncentrationsövning-
ar, vilket gjorde att de därefter
klarade att lyssna på kroppens
signaler
- Patienten blev stödjat att accep-

tera att man inte längre fungerar
på samma nivå, som man gjort
tidigare

- Normalisering av de reaktioner
patienterna haft i samband med
stressutlösande situationer
- Normalisering av det naturliga
åldrandet.

Sammanfattning

Tre exempel på patienter som
befann sig i olika livssituationer,
upplevde minnesstörningar och
sökte hjälp. De framställde från bör-
jan sina problem diffust. Utredning
och behandling anpassades efter
patienternas behov. Det visade sig
att huvudproblemen inte var iden-
tiska. Såväl kognitiva som emotion-
ella symptom blev undersökta.
Patienterna fick en tids individuellt



anpassad kognitiv psykoterapi. Det är alltså viktigt för oss som arbetar i klinisk vardag att utreda patienterna i ett helhetsperspektiv.

Frågan om utmattningssyndrom kan resultera i demensutveckling och om kognitiv psykoterapi kan förhindra den utvecklingen är inte besvarad. Men frågan är ställd. Mer forskning behövs, och det är bråttom!

Mail-adresse:
gorel-brane@bostream.nu

Referanser

- 1) Skrift från Socialstyrelsen (Oktober 2003) Utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa, ISBN 91-7201-786-18.
- 2) Pedersen R, Smith C, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E (1999) Mild cognitive Impairment-clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* Vol 56, 303-308.
- 3) American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed). Washington DC
- 4) Bråne G (2004) Skalan för Subjektiv Kognitiv Funktionsnedsättning (SSKF-skalan). Presenterad vid Kognitiva Föreningens Studiedagar.
- 5) Bråne G (2004) Skalan för Subjektiv Kognitiv Funktionsnedsättning (SSKF-skalan) Presenterad vid konferensen «Demensdagene» Oslo november-desember 2004.
- 6) Beck AT, Steer RA & Brown GK (1996) The Beck depression Inventory – second edition (BDI-II. Manual San Antonio, T.X. Psychological Corporation.
- 7) Beck AT, Steer RA & Brown GT, (1985), Beck Anxiety Scale list. University of Pennsylvania, Center for Cognitive Therapy, Philadelphia.
- 8) Bråne, G (1997) Att bedöma demens med GBS-skalan, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- 9) Bråne G, Gottfries C-G, Winblad B (2002) The GBS-scale in an international perspective. Supplement to Brain Aging Int Journal vol 2, no 2. ISSN 1582-8352 ISBN 973-85694-3-5.
- 10) Jedenius E & Bråne G (2003) Interrater reliability of the GBS-scale used by Staff and Caregivers. *Brain Aging Int Journal* vol 3, no 2.

Utredningsverktøy til bruk for fastleger og personell i pleie og omsorgstjenesten.

Demensutredning



Pris per 5 sett **kr 50,-**
Veileder **kr 10,-**

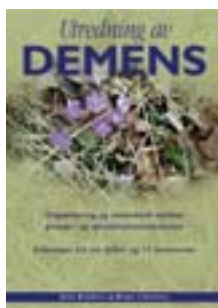


Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
utvikling formidling forskning

Postboks 2136, N-3103 Tønsberg
Tlf.: (+47) 33 34 19 50, Fax: (+47) 33 33 21 53
E-post: post@nordemens.no

Anne Brækhus og Birger Lillesveen

Utredning av DEMENS



105 sider
ISBN-13: 978-82-8061-037-9
ISBN-10: 82-8061-037-5

Pris **kr 150,-**

Bestill boken fra:

Aldring og helse

Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner.

Omfanget av den diagnostiske utredning av personer med mistanke om demens påvirkes av grad av mental svikt, endret atferd hos pasienten, pårørendes informasjon, legens og andre helsearbeideres erfaring innen området, og ikke minst av metodene som anvendes i utredningen. For å gjøre en god utredning ved mistanke om demens trengs det kunnskap om de ulike demenssykdommers symptomatologi og forløp, undersøkelsesmetodenes anvendelsesområder samt erfaring og systematisert innhenting av opplysninger.

Denne rapporten er et sluttprodukt av et viktig utviklingsarbeid, hvor man systematisk har innført demensutredning i kommune- og spesialisthelsetjenesten i tre fylker og 17 kommuner. Prosjektet har vist at tverrfaglig samarbeid i utredning av demens er nødvendig og nyttig for et best mulig resultat.

Rapporten kan leses av alle med interesse for demensdiagnostikk og utredning.

Forlaget Aldring og helse, Postboks 2136, N-3103 Tønsberg
Tlf.: (+47) 33 34 19 50, Fax: (+47) 33 33 21 53, E-post: post@nordemens.no



Ny fase for yngre med demens i Stavanger

 Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Oktober må ha vært en måned med stor lettelse og mye vemod for åtte familier i Stavanger. Da åpnet Blidensol sykehjem ny paviljong. Første etasje rommer avdeling for åtte yngre personer med demens – den andre i sitt slag i landet¹). Det sier noe om hva denne gruppen og deres pårørende sliter med i Norge.

Den nye paviljongen er tegnet av arkitekt Anne Int'Veld i arkitektfirmaet Leiv Nes arkitekter A/S. Moderne linjer og mye lys preger bygget på 1300 kvadratmeter til 30 millioner kroner, og fargevalget er anno 2005. Forsterket skjermet enhet for åtte pasienter er flyttet inn i annen etasje i nybygget.

Med tanke på mulighetene for forvirring som ligger i en demens-utvikling, kan store vinduer helt ned til gulvet virke problematiske. Oversykepleier Kristin Aas Nordin som er prosjektleder for de to avdelingene i paviljongen, har imidlertid ikke registrert at pasientene lar seg affisere av de store vindusflatene. Derimot har flere kommentert utsikten til Ryfylkefjellene som ligger som et nasjonalromantisk maleri i synsranden mot øst. Trygt avskjermet anlegges det sansehage som skal kunne brukes av alle pasientene på Blidensol sykehjem.

Pasientrommene er på 25 kvm og har rommelig og funksjonelt bad. Sykehjemmet innreder med seng, hvilestol i farge som matcher gardinene, nattbord og bord i lyst tre. Ellers innreder pasienten rommet sitt etter eget ønske. Da DEMENS var på besøk midt i oktober, hadde tre yngre med demens flyttet inn og de andre fem var like rundt hjørnet. Fellesrommene består av stue og rommelig spisekjøkken i åpen løsning på hver av de to fire-romsenhetene. En stue som kan stenges av kan brukes til skjerming ved behov, og det er enkelt å dele inn avdelingen for to pluss to pluss fire, eller fire pluss fire.

Innhold i hverdagen

Som det gjerne er i nye botilbud, er alle materielle fasiliteter på plass.

¹) Den første avdelingen, Villa Enerhaugen i Oslo, ble åpnet våren 2003.

Men hvordan skal denne avdelingen skille seg fra en annen moderne sykehjemsavdeling for personer med demens?

– Det spesielle er at det må være mange flere aktivitetstilbud her, sier Kristin Aas Nordin.

– De fleste pasientene som skal flytte inn nå, er i 50-årsalderen, og et kriterium for å komme inn er at de er under 67 år. De er blitt syke mens de har vært i arbeid og har stått midt i en tilværelse med mange interesser og aktiviteter, familie og venner. Dette må vi for en stor grad kompensere for, og det skal være aktivitetstilbud hver dag. De som vil på tur, på kino, teater, kunstutstilling eller kafè, skal kunne gjøre det. Opplevelser og aktivitet er en naturlig del av livet for personer i denne alderen, men ingen skal være med på mer enn de selv ønsker. De som bor her er like forskjellige som alle andre.



Ved innflyttingen må vi snakke med den nærmeste familien og få vite mest mulig om pasientens bakgrunn og interesser, slik at alle kan få så individuell oppfølging som mulig. Identiteten skal bevares selv om de bor i en sykehjemsavdeling – det er vår overordnede målsetting for hele sykehjemmet.

Familien en del av hverdagen

Noen av pasientene har tenåringsbarn og ektefelle som er midt i livet.

– For barna er det en stor sorg å oppleve at en av foreldrene forandrer seg, slik de gjør under en demensutvikling. Vi må legge til rette for at både de og den friske ektefellen skal føle seg velkomne her. Vi skal ha åpent hus, og vi må tilby jevnlig samtaler med familien så de får den informasjonen de trenger. Det kan også bli aktuelt å arrangere temakvelder for flere familier. På den måten kan de møte andre i samme situasjon. Kvelder med sosialt innhold for både pasienter og pårørende er et annet tilbud vi tenker på.

Kunnskap et satsingsområde

Innflyttingskriteriet for den nye avdelingen er diagnostisert Alzheimers sykdom eller frontotemporal demens. Personer under 67 år med andre demenssykdommer kan vurderes. Før innflyttingen i oktober var alle ansatte gjennom en opplæringsuke. Blant temaene var takling av utfordrende atferd, terapeutisk mestring av aggresjon, skjerming og demens hos yngre.

De fleste i personalgruppen har lang erfaring innenfor omsorgsyrker. Gruppeleder er sykepleier med videreutdanning i geriatri. Fire sykepleiere, ergoterapeut i halv stilling, fem hjelpepleiere/omsorgsarbeidere utgjør resten av staben. Nattevakten består av en hjelpepleier i hver etasje pluss en sykepleier som går mellom etasjene.

Prosjektleder har videreutdanning i geriatri og har tatt kurs om demens hos yngre personer. Både hun og resten av personalet har dessuten kurs i bruk av sansehagen

Kristin Aas Nordin



i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Blidensol har vært sykehjem for personer med demens siden det ble åpnet i 1971. I 1997 ble forsterket skjermet enhet åpnet. Sykehjemmet eies av Pleiehjemsforeningen i Rogaland som skaffet pengene til bygget, og det har driftsavtale med Stavanger kommune. I 2003 fikk Blidensol Norsk Pensjonistforbunds pris som Rogalands beste sykehjem.

De ansatte har mange tilbud om kompetanseheving. Mange sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har tatt eller holder på med klinisk fagstige på ulike trinn. Sykehjemmet har flere sykepleiere som har tatt spesialutdanning i aldring og eldreomsorg eller holder på med videreutdanning i psykiatri, forteller Kristin Aas Nordin.

– Flere studiegrupper har gått gjennom Eldreomsorgens ABC, og en av gruppene består for tiden av nattpersonell som møtes her på kveldstid. Fire-fem hjelpepleiere jobber aktivt med temahefter, og de får lønn for den ekstra tiden de er her for å gjøre det. Internundervisning og god tilgang til faglitteratur er en selvfølge. I november starter vi kveldskurs for helgevikarer og assistenter på hele sykehjemmet. Kommunen har bevilget penger til det.

Sykehjemmet med til sammen 58 pasienter har to tilsynsleger, og

begge burde være ytterst kvalifisert for stillingen. Dag Årsland er professor i alderspsykiatri og Nanna Figved er psykiater og overlege ved Alderspsykiatrisk avdeling på Stavanger universitetssykehus. For tiden driver hun forskning i samarbeid med Årsland. I tillegg til legejobben ved sykehjemmet sitter hun i inntaksteamet for avdelingen for yngre med demens, og legene er med på pårørendemøter og driver undervisning for ansatte. Sykepleier og fagkonsulent Allan Øvereng er veileder for personalet i de to spesialavdelingene. Han har vært veileder for de ansatte ved forsterket skjermet enhet siden 1997, og nå går han dessuten inn i veilederfunksjon i avdelingen for yngre med demens.

Psykologspesialist Per Kristian Haugen fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har vært støttespiller, blant annet med undervisning for personalet på avdelingen for yngre personer med demens. Blidensol sykehjem med de to nye avdelingene må befinne seg svært nær norgestoppen når det handler om faglige støttespillere.

Utskrivning?

I kriteriene for avdelingen for yngre med demens, står det at pasienter kan måtte flytte til annen sykehjemsavdeling hvis de ikke lenger har utbytte av å bo i avdelingen.

– Dette vil i så fall skje i samråd med familien. Hvis pasienten fremdeles er ganske ung og familien ønsker at han skal bo her, blir det vanskelig å gjennomføre flytting. Hvert tilfelle må vurderes, men tanken bak tilbudet er at pasientene skal kunne nyttiggjøre seg aktivitetene. Svært somatisk syke pasienter er ikke denne avdelingens målgruppe, men det er noen etiske avveininger som må gjøres. Hvis forverringen blir rask og kraftig i sluttfasen, er det kanskje ikke naturlig å flytte en pasient for en periode som kan bli ganske kort. Pasienter som blir gamle før forverringen inntreffer for alvor, kan det bli aktuelt å flytte til andre avdelinger på sykehjemmet.

Behov for flere tilbud

På avdelingen for yngre med demens er det åtte plasser, og dette er et bydekkende tilbud for Stavanger med 114 000 innbyggere. Er det fremdeles noen som venter på plass i avdelingen?

– Jeg har fått noen telefoner de siste dagene om yngre personer som er i et grenseland i forhold til diagnoser. En kartlegging av behovet tyder på at det er 34 yngre personer med demens i Stavanger.

Det betyr at det vil bli bruk for de åtte plassene fremover, men vi kan kanskje tenke ut mer fleksible måter å bruke en av plassene på. Ett tilbud kunne være avlastning, slik at pårørende kunne puste ut litt. Det kunne dessuten virke som en myk overgang til sykehjem, for det virker drastisk og traumatisk for mange å bo hjemme hundre prosent den ene dagen og på sykehjem hundre prosent neste dag. Vekselbruk er en annen mulighet. Dette må vi vurdere når vi ser behovet tydeligere.

Har Blidensol planer om dagsenter for yngre med demens?

– Det har kommet spørsmål om det i forbindelse med byggingen av ny avdeling, og det kunne vært en tanke å lage dagtilbud til en liten gruppe av hjemmeboende. De har ingen tilrettelagte dagtilbud i Stavanger nå, men må delta på dagtilbud for eldre.

Nye politikere – nye muligheter?

Den nye regjeringen ble offentliggjort akkurat da DEMENS besøkte Blidensol sykehjem, og det var fristende å la Kristin Aas Nordin legge listen for de nye politikerne innenfor helse- og omsorgsfeltet.

– Jeg ønsker at politikerne skal bli klar over hva omsorg for personer med demens innebærer. Gjennom prosessen for å få den nye avdelingen på plass har tilstrekkelig bemanning vært en bøyg, og vi endte med å måtte ta fire og et halvt årsverk fra sykehjemmets ordinære drift for å få kabalen til å gå opp. Yngre med demens har behov for et variert aktivitetstilbud og god bemanning. Forebygging av uro, utagerende atferd og angst krever tilstrekkelig med kompetent personell. Det gjelder i vanlige skjermede enheter, i dagsenteret, i avdelingen for yngre med demens og i forsterket skjermet enhet. Antall hender og kompetanse er viktig, så jeg ønsker at folk i omsorgsykker får gode rammebetingelser for å videreutdanne seg. Demensutvikling skaper prosesser som ikke alltid er lette å forstå, og med solide kunnskaper utvikler ansatte bedre holdninger til pasientene. Man ser dem ikke som et problem, men som alvorlig syke mennesker som kan og skal hjelpes til et best mulig liv.

«Her er det topp å være!»

– Tilbakemeldingene vi får fra pasienter og pårørende er svært positive, sier Kristin Aas Nordin.

– De har vært spent før innflyttingen. En av de tre som har flyttet inn, kom hjemmefra, de to andre fra institusjon. For dem som har bodd i andre institusjoner har problemet vært innholdsløse dager. De er blitt sittende uten aktivitetstilbud, og nå opplever de at det er annerledes her. De har vært på biltur til Egersund i løpet av de få dagene de har bodd her, og mer skal det bli.

DEMENS får besøke Toralv Berge (56) på rommet hans. Der har han stereoanlegg og en stor samling musikkassetter og CD-er. «Jeg elsker musikk og starter dagen med armtøyninger og sang. Kanskje vi kan ha diskotek?» sier han med et stort smil.

Berge har også en voksen frimerkesamling, og et helt bord i en av fellesstuene er dekket av frimerker som skal sorteres.

– Det blir spennende å se hvilke hobbyer pasientene tar med seg hit, sier Kristin.

– Vi må legge til rette for at de kan gjøre det de er vant til. Vil noen snekre eller skru, har vi snekerbod ute i sansehagen. Vil noen være med i husarbeidet, er det fint. Vil noen lage modellbåt, må vi finne en plass til det. De som vil plante eller luke i hagen, kan gjøre det. Personalet skal gi hjelp til selvhjelp. Her skal livskvaliteten være i sentrum.



Ekteparet Ellen og Jostein Melbye i Stavanger har ved flere anledninger satt ord og ansikt på behovene hos yngre personer med demens. De har vært gjennom en hard kamp som har vart i mange år. Nå skal Jostein flytte inn i den nye avdelingen på Blidensol sykehjem, og Ellen gråter av lettelse.

Endelig et egnet tilbud for Jostein!

 Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger



Ellen Melbye

– Dette er som i himmelen, sier hun der hun sitter i rommet som skal bli Josteins om et par dager.

Når Ellen tenker tilbake, mener hun Jostein må ha vært 48 år da symptomene begynte å melde seg. Nå er han 57 år. Familien registrerte at den sosiale faren og ektemannen begynte å trekke seg tilbake fra samvær med familie og venner. Han forandret gradvis væremåte.

– Han ble rastløs samtidig som han ikke ville gjøre det han tidligere hadde gjort. Han likte å se sport på TV, men sluttet med det. På den tiden var Jostein uføretrygget på grunn av vond rygg, og vi delte på husarbeidet. Plutselig syntes han ikke det var nødvendig for ham å delta.

Jeg satt mange ganger ved kjøkkenbordet sammen med ham og gråt og spurte hva som var galt, men selv hadde han ingen mistanke eller forståelse av at det feilte ham noe. Han hadde diabetes og gikk til hyppig kontroll hos fastlegen, men det var jeg som til slutt oppsøkte legen for å søke råd om det som skjedde med mannen min. Det var til ingen nytte, for legen sa bare at Jostein var altfor ung til å ha demens, slik jeg hadde mistanke om. Han lovet imidlertid å holde et øye med eventuelle forandringer hos Jostein, men selv etter mange måneder merket han ingenting.

Kamp med legen

Familiemedlemmer som ikke bodde sammen med Ellen og Jostein, var heller ikke helt klar over hvor syk Jostein var. En tur til USA vinteren 2001 gjorde utslaget. Den yngste sønnen hadde jobb der, og resten av familien besøkte ham.

– Jeg fikk ham til å søke jobb i Disneyworld for en periode, for han

holdt på å bli ødelagt av det som skjedde hjemme. På turen opplevde de andre i familien hvordan det var fatt med Jostein. Den eldste sønnen fulgte meg til legen da vi kom hjem, og omsider gikk legen med på at noe måtte være galt og lovet å bestille tid til undersøkelse hos spesialist. Tre-fire måneder gikk uten at noe hendte, men da dro jeg til legen og nektet å flytte meg før han ga meg en plan for Jostein.

Ekteparet måtte til Kristiansand for at Jostein skulle få foretatt en scanning av hjernen så hurtig som mulig. Undersøkelsen viste forandringer, og deretter gikk det måneder før de fikk time hos nevrolog. Han henviste Jostein videre til Alderspsykiatrisk avdeling på SiR¹⁾, der de traff sykepleier Allan Øvereng.

– Jeg tror han fikk en mistanke om diagnosen straks han så Jostein. Men det gikk fremdeles lang tid før diagnosen frontotemporal demens ble konstatert.

Hverdagen ble slitsom, og paret flyttet til en mindre leilighet på en annen kant av byen. Det hjalp ikke stort, for både demenssymptomene og diabetesen forverret seg. Ellen måtte passe på ektemannen døgnet

¹⁾ SiR: Sentralsjukehuset i Rogaland, nå Stavanger universitetssykehus (red.)



Fra DEMENS nr 1-2003. «Vil Stavanger gi yngre med demens et tilbud?»
Artikkelen fortalte om Ellen og Jostein Melbyes situasjon.

rundt. Han sto opp om nettene, tvangsspiste, gikk ut for å besøke gamle kjente som ikke var der lenger, og begynte å stjele i butikker. Blod-suktermålingene Ellen hjalp ekte-mannen med tre ganger i døgnet, var en morgen oppe i 26,7 mmol/l. Da kjørte Ellen ham til fastlegen. Og brøt sammen selv.

– Da hadde jeg gått så lenge på tå hev døgnet rundt. Alt hadde for- andret seg i livet vårt. Alle vennene trakk seg tilbake. Jostein klarte ikke å passe hygienene, han var stadig på jakt etter mat, og til sammen ble det for mye for meg.

Legebesøket endte med at Jostein ble innlagt. Intensjonen var å legge ham inn på Alderspsykiatrisk avdeling, men der var det ikke plass. Lukket psykiatrisk avdeling ble løsningen, men selv der kunne de ikke la ham gå fritt omkring. Han havnet på sterkavdelingen der han var i to uker.

– Det var ren oppbevaring, og jeg syntes det var fryktelig. Selv reagerte han ikke, og jeg tror aldri han har forstått hva som feiler ham.

Kamp med seg selv

Etter de to ukene kom Jostein til Alderspsykiatrisk avdeling og under overlege Dag Årslands vinger.

– Han så med en gang hvordan det var fatt og anbefalte meg å søke om sykehjemsplass for Jostein. Jeg strittet imot, for jeg

kunne ikke forestille meg at han skulle bo på et hjem med bare gamle mennesker. Han var ikke mer enn 53 år gammel. Vi hadde flere møter med helse- og sosialavdelingen i bydelen. De lovet oss hjelp hjemme og støttekontakt, men både Dag Årsland og barna våre sa at dette ikke kom til å gå. Jeg ville ikke gi meg, men en dag trakk en sykepleier meg til side og anbefalte meg å prøve sykehjemsplass for Jostein i en periode. «Det er ikke bindende, og hvis det ikke fungerer, kan han flytte hjem igjen. Hvis det fortsetter på denne måten, kommer du til å hate mannen din,» sa hun. Det fikk meg til å snu, for jeg var faktisk på vei til å hate den mannen jeg er så glad i.

Ellen Melbye hadde mange samtaler med sykehjemmet der Jostein skulle få plass. Hun var redd for at han skulle bli passivisert, og sykehjemmet lovet at de skulle legge opp turruter for ham og at han skulle få gå tre-fire turer med følge daglig, slik han ønsket. En stund fungerte dette godt, og Jostein fant seg til rette og spurte aldri om hvorfor han var der. Sykehjemmet syntes det gikk så bra at de begynte å slippe ham ut på tur alene. Han gikk sin rute, men ingen visste hva han gjorde på turen.

En dag ble Ellen oppringt fra sykehjemmet som sa at de måtte

skrive mannen hennes ut. De hadde fått mange klager fra naboene fordi Jostein hadde gått inn i deres private hus og forsynt seg av kjøle-skabet. Sykehjemmet sa at de verken hadde kompetanse eller ressurser til å ha Jostein Melbye der.

– Det kom som et sjokk på meg, for jeg ante ikke at de hadde latt ham gå alene.

Kamp med systemet

Det ble ny tur til Psykiatrisk avdeling der de igjen ville legge ham inn på sterkposten. Ellen motsatte seg dette, og etter en overnatting på Akuttmottaket fikk Jostein komme til Alderspsykiatrisk avdeling.

– Da begynte kampen mellom stat og kommune. Staten som eier sykehuset ville ikke betale for Jostein mer enn to uker. Kommunen som eier sykehjemmet, ville ikke ta imot Jostein fordi de ikke hadde kompetanse og ressurser til det.

Ellen troppet opp i alle relevante kontorer i Stavanger kommune og deltok på Politikertorget i byen. Hun kjempet som en løve, forklarte og fortalte og ba politikerne om å lage tilbud til yngre med demens. Hun ba dem å legge vekk tankegangen om soner og se kommunen under ett, og foreta en opptelling av yngre med demens.

– Dette var akkurat i rett tid, for da begynte Blidensol sykehjem å planlegge ny paviljong. Opptellingen

viste at det var mange nok yngre med demens i Stavanger kommune til en ny avdeling, og jeg kontaktet daglig leder Geir Andersen på Blidensol og ba dem om å tenke på denne gruppen. Og her sitter vi!

Ellen Melbye blir blank i øynene av glede og lettelse. Men Josteins tilværelse på sykehjemmet de siste par årene har også kostet mange tårer. For han ble utskrevet fra Alderspsykiatrisk avdeling, og sykehjemmet hadde verken kompetanse eller ressurser. Ellen brukte avisen for å skape press mot politikerne, og hun gjorde det med god samvittighet. Mannen hennes hadde behov for hjelp, og hun var den som måtte slåss. Selv om hun besøkte ham på sykehjemmet flere ganger i uken og tok ham med på kjøreturer, kunne hun ikke være der hele tiden. Til slutt ble løsningen at Jostein hadde vektere hos seg fra klokken åtte om morgenen til åtte om kvelden. Vektere kan neppe mer om frontotemporal demens enn folk flest, men de var der i det minste. De har fulgt Jostein på tur og vært selskap for ham.

– De har vært fantastiske, og Jostein har et godt forhold til dem.

Nå er han mer knyttet til dem enn til meg, og det er ham vel unt. Jeg har stått på for at han skal få beholde dem også her, frem til nyttår, slik at overgangen blir så skånsom som mulig.

Slutt på kampen, håper Ellen

Ellen har store forventninger til den nye avdelingen på Blidensol sykehjem. Her får Jostein rommet sitt innredet slik han liker og får delta på aktiviteter sammen med andre. Det er nesten det viktigste.

– På sykehjemmet der han har bodd de siste årene, fikk han ikke være med på felles arrangementer eller aktiviteter, selv om han hadde vekterne med seg. De hadde skrevet et eget reglement for hvordan Jostein skulle behandles. Han måtte ikke få løpe når han gikk tur, han skulle ikke sparke i steiner, og ikke forstå jeg hvorfor. Han måtte gå ut en egen inngang for ikke å få kontakt med andre beboere. De laget et reglement som var likt i tre år, uten å ta hensyn til sykdomsfasene. Det syntes jeg var feil, og jeg tok det opp med sykehjemmet flere ganger, men til ingen nytte. Her har de heldigvis en helt annen kompetanse, og det gjør at jeg ser lyst på tiden fremover.

Hun håper også at familien blir integrert i avdelingen på Blidensol. På det tidligere sykehjemmet måtte de sitte på Josteins rom hvis de ikke tok ham med på tur, og to av de tre barna hadde problemer med å besøke faren.

– Den yngste sønnen hadde det svært vanskelig mens Jostein bodde hjemme, for han så hvor vondt jeg hadde det uten å forstå at sykdommen var årsaken. Det siste året har han besøkt ham, men opplevd at det var vanskelig å få kontakt med faren. Både han og den eldste sønnen har tatt ham med på tur, men det har ikke vært lett å finne noe å snakke om. Barnebarna ville ikke være med til sykehjemmet. Her håper vi at vi kan være mer som en familie.

Ellen Melby tror også at en bedre faglig oppfølging kan bety mye for Jostein.

– Jeg håper at det kan bidra til at han får beholde sansene lengst mulig og ha best mulig livskvalitet resten av livet. Da får resten av familien også et helt annet liv.

4. utgave demens - fakta og utfordringer



Et viktig læreverk for alle med tilknytning til demens og demensomsorg

Det undervises i dag om demens både i grunn- og videreutdanninger på universiteter og høyskoler. Siden Aldersdemens – Fakta og utfordringer utkom første gang i 1992 har den fylt et behov for en hensiktsmessig lærebok på norsk. Boka kom i ny utgave i 1996, og i revidert og betydelig utvidet utgave i 2004. Interessen for boka har vært meget stor. Når den i 2005 kommer i ny utgave, er det bare mindre endringer fra 2004.

Hovedforfattere er Knut Engedal og Per Kristian Haugen. Boken har bidrag fra Anne Brækhus, Arnfinn Eek, Øyvind Kirkevold, Aase-Marit Nygård og Ingun Ulstein.

Bestill boken fra:

 **Aldring og helse**

Forlaget Aldring og helse, Postboks 2136, N-3103 Tønsberg
Tlf.: (+47) 33 34 19 50, Fax: (+47) 33 33 21 53, E-post: post@nordemens.no

ABI

– bra for pasientene eller for kommunen?

 Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Kristin Aas Nordin
og Geir Andersen



ABI står for aktivitetsbaserte inntekter, og innebærer at hver enkelt tjeneste for alle brukere av pleie- og omsorgstjenester skal tidsmåles og prissettes. Dette er gjennomført i åpen omsorg i mange kommuner, deriblant Stavanger. Nå vil Stavanger kommune at også finansieringen av sykehjemmene skal baseres på ABI.

I løpet av tre uker i november skal instruktører fra bestillerkontoret foreta IPLOS¹⁾-registrering. I samme periode skal primærkontakten foreta tidsregistrering i stell og pleie for hver enkelt pasient. Når alle opplysninger er registrert, er tanken at IPLOS skal være grunnlaget for å beregne kostnadene for hver enkelt pasient. Verken daglig leder Geir Andersen eller prosjektleder Kristin Aas Nordin på Blidensol sykehjem er overbevist om at systemene godt nok fanger opp behovene i demensomsorgen.

– Gerix har vist seg som et utilfredsstillende registreringssystem i demensomsorgen, og vi hører fra utprøving av IPLOS i en kommune at heller ikke det fanger opp særlige behov hos personer med demens. Når vi i tillegg hører fra en annen kommune at Gerix- og IPLOS-målinger viste at kun 30 prosent av pasientene havnet i samme pleie-

tyngdegruppe, er det naturlig å bli skeptisk til grunnlaget for ABI.

For dem som bruker ekstra dyrt utstyr, trenger sondeernæring, spesielt krevende sårpleie eller annen særlig kostnadskrevende omsorg, skal sykehjemmet få et ekstra tilskudd gjennom ABI. Men hva med pasienter med demens som plutselig blir utagerende, får mye angst eller av andre grunner trenger en-til-en kontakt over tid?

– Dette har vi ikke fått svar på enda, og det gjør oss urolige.

Forebygging inn i IPLOS og ABI?

Blidensol er et sykehjem kun for personer med demens. Sykehjemmet har dagtilbud for 16 hjemmeboende personer med demens, seks plasser for vekselopphold, fem vanlige skjermede enheter, forsterket skjermet enhet for åtte beboere og avdeling for åtte yngre med demens. Med så differensierte tilbud føler Geir Andersen og Kristin Aas Nordin seg ikke sikre på om registreringssystemene er gode nok til å fange opp alle de forskjellige behovene de enkelte pasientene har.

– Så lenge vi ikke vet hva tilskuddet blir for de enkelte pasientgruppene, er vi urolige for hvordan budsjettgrunnlaget for våre tilbud blir. Alle som arbeider i demensom-

sorgen vet at behovene hos pasientene kan svinge fra dag til dag. Det å ha tilstrekkelig personale rundt seg kan gi en pasient en trygghet som bestemmer hvordan hele dagen blir. I noen tilfeller må vi være både tre og fire sammen om et stell, i andre tilfeller må en pasient ha en person hos seg hele tiden for å være trygg. Dette vet vi forebygger uro, men vi vet ikke om registreringen og inntektsgrunnlaget tar høyde for forebygging.

Hva skal omsorgen få koste?

I Stavanger kommunes dokument «Modell for aktivitetsbaserte inntekter i sykehjemmene» datert 2. mai 2005, står blant annet følgende om spesialsengeavdelinger for yngre med demens og forsterket SE:

«Det er i arbeidet med ABI-sykehjem ikke lagt vekt på at disse sengeavdelingene skal ha egne prissystem. Med det omfanget som utviklingen av spesialsenger har fått, vil det generelle prissystemet bli betraktelig utvannet dersom hver type spesialseng skulle ha egen pris.»

Hittil har både private og kommunale sykehjem fått rammetilskudd, og daglig leder Geir Andersen på Blidensol frykter at ABI-systemet og registreringene som ligger til grunn, skal resultere i flere tilskudd til sykehjemmet.

¹⁾ IPLOS: Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk.



– Stavanger kommune har gjort klart at den totale rammen til sykehjemmene blir den samme. Det er fordelingen av midlene ABI handler om. Et spørsmål som ikke er avklart, er hvor mange funksjonsnivåer modellen skal inneholde, og hvor stort sprang det skal være fra det «dyreste» til det «billigste». Jeg er skeptisk fordi kommunen ikke ser behovet for egen prising av spesialsengeavdelingene.

Men kommunen har selv ønsket at slike avdelinger blir bygget?

– Det står likevel igjen å se om kommunen vil betale for de tjenestene og den bemanningen våre pasienter har behov for.

Blidensol sykehjem har allerede fått merke at det ikke er en selvfølge.

– Da den nye avdelingen for yngre med demens og forsterket SE skulle åpnes, måtte vi avsette fire og et halvt årsverk til nybygget fra den øvrige driften, for det ble ikke tilført nok friske midler til at vi kunne bemanne de nye avdelingene i forhold til behovet.

Planen i Stavanger kommune var å innføre ABI fra 1. januar 2006, men dette er utsatt et år.

ABI – Stavanger svarer:

– Tanken bak ABI er at de økonomiske ressursene skal følge pasientene, sier rådgiver Ole Kjell Bråtvett i Stavanger kommune.

– Hvis et sykehjem har pasienter som krever ekstra ressurser, skal ABI fange dette opp og gi alle sykehjem like muligheter til å gi pasientene de nødvendige tjenestene.

Et sykehjem som Blidensol har mange differensierte tilbud til mennesker med demens, og vil ABI sikre at de forskjellige tilbudene finansieres ut fra det de faktisk koster?

– Hvor finmasket systemet blir, er umulig å si før modellen for prissetting er ferdig, men utgangspunktet er at de forskjellige behovene skal prises forskjellig.

(DEMENS skal ha artikkel om erfaringer med IPLOS i demensomsorgen i et senere nummer. Red.)

LESERINNLEGG

VERDIKLEMMER – effektivitet kontra

Som psykiatrisk sykepleier, ansatt i kommunehelsetjenesten, med alderspsykiatri og demensomsorg som arbeidsfelt, deler jeg noen refleksjoner med andre som ønsker å legge til rette for et best mulig tilbud til personer med demens.

Hva er effektivitet i eldreomsorgen og hva blir vi som fagpersonell belønnet i forhold til?

Å yte verdig og faglig godt arbeid, eller å vise til budsjettbesparelser – uansett på hvilken måte?

Hva skjer når lav pleiefaktor belønnes framfor kvalitet?

Stat, fylkeskommuner, kommuner og de enkelte avdelinger i helsesektoren har gjennomført en årelang oppbygging av kompetanse og kvalitet på tilbud til personer med demens. Vi har funnet metodene for hvordan vi kan oppnå kontakt og tilrettelegge for mennesker som er rammet av demenssykdommer. Denne kunnskapen og kontaktetableringen er en forutsetning for å kunne samhandle med de syke og forhindre et angstfullt og uverdigg liv både for dem som er rammet og menneskene som omgir dem.

Antallet personer med demens har økt. Det samme har velstanden i samfunnet. En stund økte også velferden for personer med demens.

Men nå snur trenden. Vi ser at kommuner kutter ut etablerte tiltak for pasientgruppen for å spare penger. Stillinger som sikrer kvalitet og trygghet hos personale, pasienter og pårørende fjernes. Skjermede enheter for mennesker med demens omgjøres til «vanlige» sykehjemsavdelinger.

Politikere og vi, som helsepersonell, må forholde oss til Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Forskriftens målsetting er å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivarett sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Jeg tillater meg å stille spørsmålet: Er vi bevisst på denne forskriften og hva den innebærer?

Telles – og teller – kvalitet?

Styrende politikere rundt om i kommunene har et hovedverktøy for å vurdere kostnadsnivået på egne tjenester vurdert mot andre kommuners nivå. Dette verktøyet heter KOSTRA. Alle landets kommuner legger hvert år regnskaps-, befolknings-, bruker-, og personelldata inn i denne databasen, og det lages sammenlignbar statistikk ut fra dette. Svakheten med systemet er at det ikke sier noe om kvaliteten på for eksempel omsorgstjenester og skole-/barnehagetjenester. Om det hadde dreid seg om produksjon av varer eller asfaltering av 10 km vei, ville KOSTRA gitt nyttige data om hvem som kan levere til lavest pris, dersom det ligger en dekkende kravspesifikasjon til grunn. Det reises imidlertid sterkere og sterkere kritikk fra økonomiske miljøer, som mener at KOSTRA er et dårlig verktøy når det gjelder måling av «myke» verdier som både omsorgs- og skole-/barnehagetjenester består av.

leserinnlegg



«Ensidig fokus på effektivitet, forstått som krav om å hjelpe flest mulig med minst mulig ressurser, innebærer en økt fare for at mottakere utsettes for (.....) unnlatelsessynder eller overgrep. Effektivitetsstudiene i pleie- og omsorgstjenestene synes så lang å ha oversett disse farene.»

Hvor effektive er effektivitetsmålingene?



 Dr. polit. Sturle Næss, Rokkansenteret, UiB

De siste årene er det brukt betydelige beløp for å bedre rammebetingelsene for de offentlige pleie- og omsorgstjenestene, blant annet gjennom å bygge flere og mer moderne sykehjem og omsorgsboliger samt ansette flere personer. Til tross for dette synes det som om verken mottakere eller ansatte mener kvaliteten på tjenestene er blitt bedre (1, 2). Det er derfor rimelig at det blir stilt spørsmål ved hvordan ressursene brukes.

Effektivitet anvendes generelt som en karakteristikk på graden av måloppnåelse. Det er mange forskjellige typer mål, og det brukes ulike effektivitetsbegrep for å skille mellom dem. Et ofte brukt skille er mellom indre og ytre effektivitet, hvor indre effektivitet er en samlebetegnelse på mål om å utføre tjenester med minst mulig ressursinnsats, mens ytre effektivitet er en samlebetegnelse på at tjenestene utføres i størst mulig samsvar med samfunnspolitiske målsettinger. Skillet mellom ulike mål innebærer for eksempel at en og samme kommune kan være både effektiv og ineffektiv, avhengig av hvilket effektivitetsmål som brukes.

En grunn til at det de senere årene har vært rettet økt oppmerksomhet mot den indre effektiviteten i pleie- og omsorgstjenestene, har

sammenheng med at økonomiske analyser har estimert at det er et effektivitetspotensial på 8-25 prosent (3, 4, 5). Disse målingene har stort sett blitt gjort ved bruk av DEA-metoden (Data Envelopment Analyses). Den går i korthet ut på først å finne frem til de mest produktive kommunene (de som gir hjelp til flest mottakere i forhold til antall årsverk). De defineres som effektive, mens alle andre kommuner defineres som ineffektive. Deretter måles avstanden mellom de effektive og ineffektive kommunene for å finne ut hvor stort effektivitetspotensialet er. Fordelen med metoden er at den er godt egnet til å håndtere flere produkter (tjenester) og innsatsfaktorer (årsverk). Metoden forutsetter imidlertid at det ikke er målefeil og at man kan produsere forskjellige kombinasjoner av produkter med samme innsats.

For ømfintlig metode

I rapporten Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren (5) introduseres Ny Nasjonalmodell for måling av effektivitetspotensialet i de norske pleie- og omsorgstjenestene. Forenklet viser den, med utgangspunkt i data fra 469 kommuner/bydeler i 1997, at omtrent 1/4 var effektive og kunne tjene som «læremestere» for

de ineffektive kommunene/bydelene. Mest effektiv var Loddefjord bydel¹⁾ i Bergen som brukte 0,15 årsverk pr. mottaker (gjennomsnittet var 0,43). For landet samlet ble forbedringspotensialet beregnet til 14,2 prosent. Sagt med andre ord: Pleie- og omsorgstjenestene burde kunne tatt hånd om 30 000 flere mottakere uten å øke antall årsverk.

Beregninger foretatt ved DEA-metoden er som nevnt avhengig av at det ikke er store målefeil. Jeg har sett nærmere på tallene som danner grunnlaget for at Loddefjord fremstår som den mest effektive kommunen/bydelen. Blant annet står Loddefjord oppført med over 1 000 mottakere av hjemmetjenestene i 1997, mens bydelen året etter tok hånd om under halvparten. Om tallet for 1997 var riktig, ville 60 prosent av innbyggerne over 67 år hatt hjemmetjenester, mens landsgjennomsnittet var 20 prosent. Det er med andre ord meget tvilsomt om tallene som er brukt for Loddefjord i analysene er korrekte. Denne feilen alene innebærer at antallet mottakere pleie- og omsorgstjenestene i Norge burde kunne tatt hånd om, synker fra 30 000 til

¹⁾ Loddefjord bydel ble i forbindelse med bydelsreformen i 2000 slått sammen med Laksevåg bydel.

under 25 000. Erfaringer med hvor mange feil det er i pleie- og omsorgstjenestestatistikken (6), samt hvor vanskelig og tidkrevende det er å oppdage og korrigere dem, gir grunnlag for å stille spørsmål ved DEA-metodens egnethet til å måle effektivitetspotensialet i denne sektoren.

Selv om mye kan gjøres for å forbedre statistikken, representerer like fullt metodens forutsetning om at man kan produsere forskjellige kombinasjoner av produkter for samme innsats, et problem. Problemet består i at forutsetningen innebærer at en kommune kan kvitte seg både med relevante innsatsfaktorer og produkter. For eksempel inngår «Antall beboere på skjermet avdeling» som et produkt i Ny Nasjonalmodell. Om en kommune bare har skjermede plasser i institusjonsomsorgen eller velger å ikke ha et slikt tilbud til personer med demens, har ingen betydning for metoden. Dermed kan kommuner som enten plasserer mentalt friske mottakere blant personer med demens, eller ikke har et tilrettelagt institusjonstilbud til personer med demens, bli definert som effektive og «læremestere» for andre kommuner.

Oppsummert kan man, som forfatterne selv gjør, «stille spørsmål ved om vi er så langt unna data for de egentlige pleie- og omsorgstjenestene at studien ikke har noen verdi». Med utgangspunkt i vurderingen av dataenes pålitelighet og gyldighet samt DEA-metodens forutsetninger er det ikke vanskelig å svare «Ja» på dette.

Grunnleggende mangler

Forfatterne hevder i sine prinsipielle betraktninger om pleie- og omsorgstjenestene at mengden mottatte tjenester må sees i forhold til hvilken tilstand mottakeren ville hatt uten tjenesten. I utgangspunktet er det rimelig. Mer problematisk er det når de hevder at kvalitet ikke har en selvstendig rolle ved personlige tjenester målt ved endring i tilstand, fordi kvalitet med nødvendighet vil falle sammen med en bedre tilstand. Med andre ord: jo

større tilstandsbedring, desto høyere kvalitet. **Pleie- og omsorgstjenestene kjennetegnes imidlertid i stor grad av at mottakernes fysiske, psykiske og sosiale kapasitet gradvis svekkes selv med betydelig innsats (7). En forståelse av at kvalitet på tjenestene kan måles som bedre tilstand hos tjenestemottakere, representerer derfor et problem for mottakere med lavt potensial for fysisk, psykisk eller sosial forbedring (8).** (Red. utheving) Det største problemet er imidlertid at forfatterne synes å mene at det ikke er forskjeller mellom de etiske aspekter ved vare- og tjenesteproduksjon.

Det er knyttet en rekke etiske aspekter til vareproduksjon, for eksempel om en vare er produsert av barnearbeidere, under uverdige arbeidsforhold, ved bruk av forurensende teknologi eller om produksjonen truer den økologiske balansen. Dersom vareproduksjonen tilfredsstiller forskjellige etiske aspekter og gitte tekniske krav, spiller det ingen rolle hvilket humør den som produserte varen var i, eller hvor hardhendt vedkommende var under produksjonsprosessen. Når det gjelder tjenesteproduksjon vil imidlertid måten tjenestene blir utført på, ha svært stor betydning, spesielt for dem som er helt avhengig av hjelp (9, 10). Tjenesteproduksjon domineres med andre ord av praktiske handlinger der rettesnoren er allmenngyldige normer og verdier (11). Å produsere tjenester reiser derfor vesentlig etiske spørsmål, mens det å produsere varer vesentlig reiser tekniske spørsmål. I tjenesteproduksjon har måten tjenesten utføres på en selvstendig rolle, i tillegg til den glede, nytte eller velferdsøkning mottakerne har som følge av tjenesten. En tjeneste kan godt tilfredsstille tekniske kravspesifikasjoner eller føre til bedring av mottakernes tilstand, selv om man bruker inhumane produksjonsmetoder. Slike metoder kan til og med være mer effektive, forstått som flere positive tilstandsendringer med bruk av færre ressurser. En ansatt bruker for eksempel vesentlig mindre tid på å mate

eller vaske skrøpelige mottakere enn ved å la mottakerne gjøre det de klarer selv. Selv om mottakere, som ønsker å gjøre det de selv makter, får en større bedring i tilstanden ved at den ansatte gjør alt for dem enn de ville fått *uten* tjenesten, er det problematisk å overse de etiske sidene ved en slik tjenesteproduksjon. Den økonomiske modellen forfatterne av «Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren» (5) baserer sine analyser på, tar ikke hensyn til slike etiske aspekter. De kan derfor komme til å definere kommuner som krenker mottakernes personlige integritet eller gir dem mindre hjelp enn de etter loven har krav på, som effektive og «læremestere», mens kommuner som oppfyller lovens krav kan bli fremstilt som ineffektive.

Helsetilsynet (12) har avdekket brudd på lov eller forskrift i 80 prosent av sine tilsyn i pleie- og omsorgstjenestene. Selv om myndighetene begrenser tilsynene til virksomheter der de tror det er størst mulighet for å finne lovbrudd og avvik, viser funnene at det er problematisk å forutsette at alle kommuner oppfyller lovens krav. Jeg har gått gjennom Helsetilsynets rapporter for de 36 kommunene/bydelene som ifølge studien «Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren», var effektive etter både den gamle og nye nasjonalmodellen²⁾. I 12 av disse var det ikke gjennomført tilsyn i perioden 1998-2003. I de resterende 24 kommunene er det avdekket 90 avvik og 80 merknader. Det utgjør like mange prosent som for alle tilsynene gjennomført i perioden. En kan ikke ut fra min gjennomgang slutte at det foregår flere lovbrudd i de «effektive» kommunene enn for landet samlet. Dette endrer imidlertid ikke det grunnleggende problemet knyttet til at det faktisk foregår lovbrudd i kommuner som er definert som effektive i studien. Å fremstille slike kommuner som effektive og «læremestere» vil neppe kunne sies å

²⁾ Forskjellen mellom den gamle og nye modellen er hvilke produkter og innsatsfaktorer som anses relevante.



være i samsvar med samfunnspolitiske mål om effektiv ressursbruk.

Bedre med delvis rett enn helt feil

Ensidig fokus på effektivitet, forstått som krav om å hjelpe flest mulig med minst mulig ressurser, innebærer en økt fare for at mottakere utsettes for det Eliasson (13) kaller unnlåtelsessynder eller overgrep. Effektivitetsstudiene i pleie- og omsorgstjenestene synes så lang å ha oversett disse farene. Hittil synes økonomer å være mer opp-tatt av å tilpasse modeller utviklet for vareproduksjon til tjenesteproduksjon enn å utvikle modeller basert på tjenesteproduksjonens egenart. Etter min mening er det fare for at effektivitetsmålinger i pleie- og omsorgstjenestene, som ikke tar hensyn til de etiske aspek-tene ved tjenesteproduksjon, vil bidra til at flere enn i dag ikke får dekket sine grunnleggende behov dersom slike målinger blir lagt til grunn for politikkutformingen.

Det er behov for å gjøre økonomiske analyser, også av pleie- og omsorgstjenestene. Jeg er imidlertid skeptisk til om forutsetningene DEA-metoden bygger på, og den forståelsen som legges til grunn for disse tjenestenes egenart, vil kunne gi verdifulle bidrag til utviklingen av samfunnsøkonomisk effektive

omsorgstjenester. På den andre siden ignorerer ofte omsorgsforskningen de økonomiske dimensjonene (14). Jeg tror det er nødvendig med mer samarbeid mellom ulike fagdisipliner for å utvikle bedre teorier om omsorgstjenestene.

Utvikling av økonomiske modeller som tar hensyn til de etiske sidene ved tjenesteproduksjon vil naturlig nok ikke kunne bli like nøyaktige

som modeller utviklet for vareproduksjon, men for mottakere og ansatte er det rimelig å tro at det er bedre med modeller som er «roughly right than precisely wrong».

(Kronikken er basert på artikkelen Effektiv omsorg i tidsskriftet Økonomisk forum, nr. 7, 2004.)

Referanser

- 1) Næss, S. (2003); *I tøffeste laget. Dokumentasjonsrapport om arbeids-situasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten*. Bergen: Rokkan-senteret rapport 9.
- 2) Romøren, T. I. (2003); *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- 3) Opedal, S. og Stigen, I.M. m.fl. (1997) *Omsorgstjenestene i Trondheim. En analyse av ressursbruken*. Oslo: NIBR, Prosjektrapport 19.
- 4) Erlandsen, E., Førsum, F.R., Hernæs, E. og Waalen, S.B. (1997) *Effektivitet, kvalitet og organisering av pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner*. Bergen: SNF, Rapport 91.
- 5) Edvardsen, D.F., Førsum, F.R., og Aas, E. (2000); *Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren*. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning, Rapport 2.
- 6) Næss, S. (2000): Bedre standard, men større ulikhet? Foreløpig evaluering av Handlingsplan for eldreomsorgen. SEFOS-notat 2.
- 7) Wærness, K. (2001); *Pasienten først eller pasientene først: fordelingsrettferdighetens tvetydighet*. Upublisert foredrag i forbindelse med Gudmund Hernes sin 60 års dag på Fafo.
- 8) Nord, E. (1999); *Cost-Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs*. Cambridge University Press.
- 9) Slagsvold, B. (1995); *Mål eller mening – Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Rapport nr. 1/1995, Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.
- 10) Wærness, K. (1984); «The rationality of caring.» *Economic and Industrial Democracy*, 5, p.185-211.
- 11) Skjervheim, H. (1992); *Filosofi og dømmekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 12) Helsetilsynet (2003); *Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003*. Oslo: Rapport 9/2003.
- 13) Eliasson, R. (1995); *Forskningsetik og perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- 14) Folbre, N. (2004); Questioning Care Economics. In Wærness (ed.) *Dialogue on care*. Universitetet i Bergen: Centre for Women and Gender Research, Volume No. 16.

Kurs & Konferanser 2006

Kurskatalogen kan hentes fra internett:
www.nordemens.no

eller bestilles på telefon **33 34 19 50**
e-post: **post@nordemens.no**



Geriatrici, nevrologi og alderspsykiatri sammen om etablering av hukommelsessenter



 Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder Alderspsykiatrisk enhet, Helse Nordmøre og Romsdal

I løpet av oktober måned vil Hukommelsessenteret ved Helse Nordmøre og Romsdal være i virksomhet. Senteret er et samarbeid mellom Alderspsykiatrisk enhet på Hjelset, Geriatrisk seksjon i Molde og Nevrologisk avdeling i Molde. Hensikten med etableringen av senteret er å gi tverrfaglig og kvalitetssikret utredning og behandling til personer med hukommelsesvansker, kognitiv svikt og demens. Senteret skal være et lavterskeltilbud. Adresse for henvendelser blir Alderspsykiatrisk enhet på Hjelset. Det er ønskelig at denne organiseringen av tilbudet vil gjøre det lettere for brukerne å finne ut hvor de skal henvende seg når problemer oppstår. En felles adresse vil også forenkle henvisningsrutinene for primærhelsetjenesten.

Spesialitetene geriatri, nevrologi og alderspsykiatri skal samarbeide nært for å koordinere utredning og oppfølging basert på faglige vurderinger. Målet er å gi pasient og pårørende et best mulig tilbud. Avdeling for laboratoriemedisin og Radiologisk avdeling i Molde og Kristiansund vil være nære samarbeidspartnere. Senteret vil også nytte seg den erfaring Lærings- og mestringssente-

ret ved Helse Nordmøre og Romsdal innehar. Dette gjelder spesielt tilrettelegging for systematisk brukermidvirkning og utvikling av tiltak som skal gi pasienter med demenslidelse og deres pårørende bedre forutsetninger for å mestre sin hverdag.

Bedre oversikt – høyere kvalitet

Utredningen ved Hukommelsessenteret skal være tverrfaglig. Foruten spesialister i geriatri, nevrologi, psykiatri og allmennmedisin, vil senteret være bemannet med psykologspesialist, spesialsykepleiere innen geriatri og psykiatri og ergoterapeut. Alle pasienter og deres familie vil i utgangspunktet få to fagpersoner å forholde seg til. Andre kan bli trukket inn for avgrensede delundersøkelser. Utredningen skal føre frem til en diagnose eller avkreftede at det er grunnlag for å sette diagnose. Atferdsendringer og eventuelle psykiatriske tilleggsproblemer skal kartlegges. Pasienter og pårørendes ressurser og hjelpebehov vil danne grunnlag for vurdering av hvilke tiltak som bør settes inn.

Det vil være individuelle behov for oppfølging og behandling. Behovene vil også endre seg under sykdomsforløpet. Det er ønskelig at tilbudet

blir differensiert slik at flest mulig kan få optimal hjelp. Individuell oppfølging med polikliniske kontroller for pasient og pårørende vil være aktuelt. Initiativ for etablering av hjelpetiltak i kommunehelsetjenesten er nødvendig. I enkelte saker vil det være hensiktsmessig å etablere ansvarsgrupper som skal utarbeide individuelle planer og koordinere sammensatte tilbud for pasienten. I andre saker vil det være størst behov for støttetiltak til pårørende. Besøk for kartlegging og oppfølging i hjemmet vil være en mulighet. Tilbud om informasjon, opplæring og støttegrupper for pårørende kommer til å bli en del av senterets tilbud. Samtalegrupper for personer med demens er allerede etablert ved Alderspsykiatrisk enhet på Hjelset, og de skal videreføres.

Personalet ved de fire samarbeidende enhetene er gjennom et års planlegging og samkjøring blitt inspirert til å ta fatt på et unikt samarbeidsprosjekt. Vi håper pasientene og deres pårørende vil oppleve bedre oversikt og høyere kvalitet på det tilbudet de får fra spesialisthelsetjenesten i vår region i tiden fremover.



Bruk av tvang i norske sykehjem



Øyvind Kirkevold, dr. philos., Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

I juni 1999 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i oppdrag å kartlegge bruken av tvang i norske aldersinstitusjoner. Det ble gjennomført tre studier, to om forhold på institusjoner for eldre og en om hjemmebaserte tjenester. Noen resultater fra disse studiene er presentert tidligere i DEMENS(1-3). For fire år siden fikk jeg stipend fra Helse og Rehabilitering til å analysere videre data fra de to studiene som inkluderer pasienter i sykehjem. Arbeidet er detaljert beskrevet i min avhandling (4), og et sammendrag av resultatene er publisert på norsk i Tidsskrift for Den norske lægeforening (5). Her vil jeg kun gi et kort sammendrag av avhandlingen og deretter diskutere betydningen av funnene.

Sammendrag av avhandlingen

Avhandlingen tar opp fire målsetninger:

- Å få en oversikt over bruk av tvang og overvåking i institusjoner for eldre
- Å beskrive forekomsten av forskjellige typer av tvang og analysere hvordan pasient- og avdelingskarakteristika påvirker bruken av tvang
- Å beskrive begrunnelser som blir gitt for å bruke tvang, hvem som har bestemt at tvang skal brukes og hvordan tvang dokumenteres
- Å beskrive forekomsten av tilsetning av medisin i pasientenes mat eller drikke, og å finne begrunnelsen for slik praksis og hvordan den er dokumentert. Videre å

finne ut hvem som beslutter at dette skal gjøres.

Tvang ble definert som bruk av redskap som hindrer beboerens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske redskaper og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje.

Pasienter i norske sykehjem utsettes for forskjellige typer tvang. Nesten 37 prosent av pasientene i somatiske sykehjemsavdelinger og 45 prosent av pasientene i skjermede enheter for personer med demens utsettes for minst et tvangstiltak i løpet av en uke (6). Låsing av dører for å hindre pasienter i å komme ut ble hovedsakelig gjort i skjermede enheter (7), mens mekaniske tvangsmidler (sengehest eller binding av pasient i seng eller stol) ble brukt oftere i somatiske avdelinger sammenlignet med skjermede enheter (8). Andre tiltak som hindrer fri bevegelse, som å hente tilbake en pasient som har forlatt avdelingen, eller skjerming av en pasient, ble oftere brukt på skjermede enheter enn på somatiske avdelinger (8).

Både mekaniske tvangstiltak, skjerming og tilbakebringning av pasienter ble oftest brukt overfor personer med moderat til alvorlig demens, aggressiv atferd eller lav ADL-funksjon. Tvang i forbindelse med undersøkelse av pasient,

medisinsk behandling eller gjennomføring av daglig stell, er forbundet med pasientkarakteristika som demens, aggresjon og lav ADL-funksjon. I mindre enn en tredel av tilfellene fantes det skriftlig dokumentasjon på at det var brukt tvang.

Elleve prosent av pasientene i somatiske avdelinger og 17 prosent av pasientene i skjermede enheter fikk medisin tilsatt i mat eller drikke minst en gang i uken (9). I de fleste tilfellene fikk de medisinen tilsatt i mat eller drikke hver gang de fikk medisin. I 40 prosent av tilfellene var dette skriftlig dokumentert. De som fikk medisinen skjult i mat eller drikke, fikk oftere medisin mot epilepsi, psykoser og angst, sammenlignet med dem som fikk medisin åpent.

Beslutningen om å bruke tvang ble oftest tatt av ansvarshavende sykepleier og var sjelden skriftlig dokumentert (10). Beskyttelse av pasienten, andre pasienter eller personalet, var den hyppigste begrunnelsen for å bruke tvang. Gjennomføring av nødvendig stell eller behandling, ble også hyppig oppgitt som årsak. Lite samarbeidsvillig pasient var den hyppigste begrunnelsen for bruk av tvang i medisinsk behandling eller undersøkelse, for eksempel at pasienten spytter ut medisin (8, 10).

Diskusjon

Et spørsmål som er naturlig å stille når vi blir stilt overfor funnene, er: Hvor ille er dette? Det kommer an

på hva en sammenligner med. Vi har ingen studier av norske sykehjem som strekker seg 25 eller 30 år tilbake, så det er vanskelig å sammenligne over tid. Den amerikanske geriateren B. C. Vladeck som skrev en bok om «elendigheten på sykehjem» for 25 år siden, har beskrevet utviklingen i løpet av 25 år (11). Han sier at beboere på sykehjem i dag er mindre utsatt for tvang, i større grad får kvalifisert medisinsk hjelp og i større grad får hjelp fra pleiere med formell utdanning enn for 25 år siden. Han registrerer også at beboerne på sykehjem er eldre og sykere og at en større andel lider av demens enn tidligere. Selv om vi mangler tidligere studier er det grunn til å tro at utviklingen i Norge har vært tilsvarende. Mye er blitt bedre, men som resultatene viser, er det mange forhold som langt fra er tilfredsstillende og som må rettes på.

Et annet spørsmål er om all bruk av tvang alltid er unødig eller feil? Kan tvang være god omsorg? Det er opplagt at pleie- og omsorgstiltak i noen tilfeller må gjennomføres selv om pasienten motsetter seg det. Et eksempel:

En gammel kvinne med demens nekter å kle av seg. Det gjør at hun ikke får vasket eller stelt seg. En dag da hun virker fornøyd og blid, får en hjelpepleier overtalt henne til å skifte kjole. Når hun har fått av seg kjolen, vil hjelpepleieren at hun også tar av seg resten for å få en dusj. Hun sier nei, men pleieren insisterer på en vennlig og rolig måte. Pleieren kler av damen mot hennes verbale protest (og delvis fysisk motstand) og får dusjet henne. Etterpå er damen takknemlig og det virker ikke som om hun på noen måte er negativt preget av at pleieren «tvang» henne til å dusje.

I dette eksemplet gikk pleieren forsiktig fram og resultatet var godt (damen var takknemlig og fornøyd etterpå). Resultatene beskrevet i min avhandling sier ikke noe om i hvor stor grad bruken av tvang var forsvarlig eller ikke. Inntrykket av at det var tilfeldig hvem som avgjorde

at tvang skulle brukes og mangelen på skriftlig dokumentasjon, gjør det imidlertid rimelig å konkludere med at det langt fra alltid er snakk om nøye overveid og reflektert bruk av tvang.

Et tredje vesentlig spørsmål er: Hvordan få redusert bruk av tvang til et minimum og sikre at den tvang som blir brukt er nødvendig og forsvarlig? Det blir ofte krevd mer bemanning og ressurser for at vi skal kunne løse problemer på en bedre måte. Det er imidlertid ingen enkel sammenheng mellom bruk av tvang og bemanning. Opplæring og veiledning er også viktig for at personell skal kunne finne alternative løsninger til tvang. Som nevnt er det situasjoner der det er riktig og forsvarlig å bruke tvang, men lovreguleringen mangler.

Lov alene er ikke nok

Det har i lengre tid vært etterlyst et regelverk for hvordan man kan håndtere situasjoner som i eksemplet overfor. I 2002 kom det et høringsforslag: «Høringsnotat om lov om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens.» Dette lovforslaget ble imidlertid ikke fulgt opp, blant annet fordi flere av høringsinstansene var kritiske til å legalisere bruk av tvang overfor personer med demens. I år kom et nytt forslag som innebærer en endring av kapittel fire i Pasientrettighetsloven: «Høring – Endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter – helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse.» Forslaget åpner for at det under spesielle vilkår skal kunne gis helsehjelp (herunder pleie og omsorg) til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg hjelpen.

Jeg mener det er viktig å få en lovregulering, men en lov i seg selv endrer ingenting. Erfaringer fra tilbudet til personer med utviklingshemning, hvor det har vært en forsøksordning hjemlet i Sosialtjenesteloven § 6A som senere blitt en fast ordning i § 4A, viser at en lovregulering har gitt en faktisk reduksjon i bruk av tvang. Det er

imidlertid viktig å merke seg at i forbindelse med innføring av dette regelverket ble det laget opplærings- og oppfølgingsprogram, og det er stilt store krav til veiledning og dokumentasjon.

Debatten som fulgte lovforslaget i 2002 har ikke kommet i forbindelse med forslaget til endringer i Pasientrettighetsloven. Når eller hvis disse endringene trer i kraft, er det viktig at de følges opp med opplæringsprogrammer og muligheter for veiledning. Frem til da må hver og en av oss være bevisst på når vi bruker tvang, lete etter alternative måter å utføre tjenestene på og ikke minst følge de kravene til dokumentasjon som faktisk finnes.

Referanser

- 1) Eek A, Engedal K, Kirkevold Ø (2000) Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang i behandling og omsorg av personer med demens. *DEMENS* 4[2], 2-4.
- 2) Gjone R (2000) Bruk av tvang overfor personer med demens i hjemmehaserte tjenester. *DEMENS* 4[2], 8-10.
- 3) Kirkevold Ø (2001) Rettighetsbegrensninger og bruk av tvang i norsk eldreomsorg. *DEMENS* 5[1], 7-9.
- 4) Kirkevold Ø (2005) Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia. Dissertation. Faculty of Medicine, University of Oslo.
- 5) Kirkevold Ø (2005) Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 125:1346-8.
- 6) Kirkevold Ø, Engedal K (2004) Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci Sep*;18(3):281-6.
- 7) Kirkevold Ø, Laake K, Engedal K (2003) Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry Jun*;18(6):491-7.
- 8) Kirkevold Ø, Sandvik L, Engedal K (2004) Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry Sep* 27;19(10):980.
- 9) Kirkevold Ø, Engedal K (2004) Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *BMJ* Nov 23.
- 10) Kirkevold Ø, Engedal K (2004) A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *Br J Nurs Aug 12*;13(15):902-5.
- 11) Vladeck BC (2003) Unloving Care Revisited: The Persistence of Culture. *Journal of Social Work in Long-Term Care* 2(1/2):1-9.



Lysbehandling mot søvnforstyrrelser



 Arne Fetveit, universitetslektor, dr.med.,
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO

«Lang natt og kort søvn, passer dårlig sammen», lyder et gammelt norsk ordtak. Men mange eldre opplever nettopp dette. Med alderen blir det vanskeligere å sove sammenhengende gjennom natten, samtidig som det blir vanskeligere å holde seg våken om dagen (1). Det skjer en omfordeling av søvn fra natt til dag, og nattesøvnen deles opp i en rekke mindre istedenfor én lang søvnperiode. Opp til 40 prosent av eldre over 65 år er misfornøyd med søvnen og 12-25 prosent angir å ha kronisk insomni (2).

Særlig alvorlige søvnplager finnes hos sykehjemspasienter, spesielt blant dem med demens (1). En undersøkelse har vist at sykehjemspasienter med demens verken sover eller er våkne i en hel time av gangen i løpet av døgnet 24 timer (3).

Flere behandlinger mot søvnforstyrrelser har vært prøvd ut hos eldre. Disse kan deles i to hovedgrupper; farmakologiske og ikke-farmakologiske. Av disse er farmakologisk behandling mest brukt. Ofte brukes legemidler som Valium og Stesolid (2), til tross for at disse midlene savner god dokumentasjon og at bivirkningene (tilvenning, tretthet om dagen og fallulykker) kan være problematiske (1).

Ikke-farmakologiske behandlingsmetoder mot søvnforstyrrelser inkluderer kognitiv terapi, fysisk aktivitet, sosial intervensjon, søvnhygiene, søvnrestriksjon, stimulus-

kontroll og lysbehandling. Kombinasjoner av disse tiltakene har vist gode resultater (2).

I denne artikkelen skal jeg gå nærmere inn på kunstig lysbehandling mot søvnforstyrrelser. Jeg skal også presentere egne forskningsresultater om lysbehandling av sykehjemspasienter med demens. Men aller først vil jeg si noen ord om søvnregulering, døgnrytme og betydning av lyseksponering.

Søvnregulering

Søvnlengden og søvndybden reguleres av et samspill mellom ulike faktorer. De tre mest sentrale faktorene er *homeostatiske*¹⁾ faktorer, *cirkadian faktor* og *vaner/atferdsfaktorer*.

Det er døgnrytmen (*cirkadian faktor*) som i hovedsak bestemmer hvor mange timer man sover og hvor trett man er når man legger seg. Dette betyr at søvnlengden varierer betydelig etter når på døgnet man legger seg, nesten uavhengig av hvor lenge man har vært våken. Døgnrytmen styres av vår biologiske klokke som ligger i *nucleus suprachiasmaticus*²⁾ i hjernen. Klokken har ofte en litt lengre naturlig syklus enn et døgn og trenger derfor daglig korrigering for å stille seg

inn på en 24-timers døgnrytme. Flere ytre stimuli kan påvirke den biologiske klokke, slike som fysisk aktivitet, sosial interaksjon, måltider og særlig lyseksponering.

Antall timer i våken tilstand (*homeostatisk faktor*) bestemmer søvndybden. Søvnene blir dypere jo lenger det er siden man sov sist. Samspillet mellom den homeostatiske og cirkadiane faktoren er derfor vesentlig for hvordan søvnen reguleres, og denne forståelsen benyttes i moderne behandling av søvnproblemer (4).

Vaner og atferdsfaktorer regulerer også hvordan og når man sover. Sengetiden er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med når man er trett. Faktisk viser det seg at man er mindre trett om kvelden enn tidligere på dagen, som for eksempel sent på ettermiddagen. Likevel legger man seg stort sett til samme tid hver kveld, fordi man vet at man trenger et visst antall timer med søvn for å fungere neste dag.

Døgnrytme

Døgnrytmen er fleksibel og kan raskt endres, for eksempel ved reiser over tidssoner. Døgnrytmens laveste punkt (*nadir*) finner vi i 4-5 tiden om morgenen. Tidligere på natten er vi i innsøvnende fase, men etter *nadir* kommer vi inn den oppvåkne fase. Mer enn noen annen faktor er døgnrytmen følsom for lysstyrken i omgivelsene.

¹⁾ Faktorer som regulerer og opprettholder likevekt, f.eks. kroppstemperatur og hormonbalanse.

²⁾ Kjerne i dypereliggende hjerneområde.

Tidspunktet for lyseksponering avgjør i hvilken retning døgnrytmen påvirkes. Lyseksponering gitt før nadir vil forsinke døgnrytmen, mens lys gitt etter nadir vil fremskynde døgnrytmen. Lyseksponering om kvelden vil altså skyve døgnrytmen i motsatt retning av hva lysbehandling om morgenen vil gjøre.

Hos eldre har lysbehandling vist svært lovende resultater, særlig ved demens (1). Eldre mennesker eksponeres for langt mindre lys enn yngre. Undersøkelser har vist at eldre sykehjemspasienter kun eksponeres for lys > 1000 lux i mindre enn 12 minutter/dag (5). Vanlig lysstyrke innendørs er ca 200-300 lux, mens den kan komme over 100 000 lux utendørs på en solrik dag.

Hos pasienter med demens og søvnforstyrrelser er det vanligvis ikke nødvendig å endre den eksisterende døgnrytmen. Behandlingen går ut på å styrke døgnrytmen. Dette gjøres ved å øke eksterne stimuli på dagtid (slik som lysstyrke), noe som igjen vil styrke døgnrytmen og på den måten lage et klarere skille mellom dag og natt. Forsøk hos eldre med demens viser at lysbehandling om morgenen gir mer sammenhengende søvn om natten. Det har også vist seg andre positive resultater av lysbehandling, i form av redusert uro om kvelden (sundowning) og økt aktivitet på dagtid (6, 7).

Forskningsresultater

I et forsøk om lysbehandling og søvnforstyrrelser inkluderte vi alle 25 pasienter på et norsk sykehjem (7-10). Før lysbehandling ble søvnen målt i to perioder, hver på to ukers varighet, ved hjelp av aktigrafer og pleieobservasjoner gjennom hele døgnnet. Søvnmålingene var basert på de individuelle tidspunktene for når pasienten la seg og når han/hun sto opp. En aktigraf er en aktivitetsmåler som festes til håndleddet, og denne metoden for søvnmåling er validert hos sykehjemspasienter



med demens (11). For delen med metoden er at den er enkel og at den kan måle søvnen sammenhengende i dager og uker av gangen. Av pasientene i vår undersøkelse hadde 18 en søvneffektivitet under 85 prosent. Søvn-effektivitet er andelen søvn av den tiden man er i sengen, og verdier under 85 prosent er et hyppig brukt mål for insomni (2). Av de 18 pasientene døde seks før lysbehandlings-

studiens start og én ønsket ikke å delta. De resterende 11 pasientene fullførte intervensjonen som besto av to timers lyseksponering med styrke på 6000-8000 lux hver morgen i 14 dager. Mot slutten av behandlingen ble søvnen målt på nytt. Repeterte søvnmålinger ble også gjort fire, åtte, 12 og 16 uker etter behandlingsslutt. Resultatene viste at samtlige 11 pasienter bedret søvnen med lysbehandling, og at søvnen gradvis returnerte til sitt opprinnelige nivå etter avsluttet lysbehandling. Med lysbehandling steg den gjennomsnittlige søvneffektiviteten fra 73 til 86 prosent, innsovningstiden ble redusert med én time og den totale våketiden mens pasienten var i seng ble redusert med én time og 44 minutter. Samtidig ble det funnet mer våkenhet på dagtid (7). Lysbehandlingen syntes altså å samle søvnen til natten og bidra til våkenhet om dagen, sannsynligvis ved å styrke pasientenes døgnrytme. Etter behandlingens avslutning varte den positive effekten på innsovningen i opptil 12 uker (10).

Behandlingsprosedyre

I lysbehandling benyttes ofte lyskasser som er spesielt laget for formålet. Lysintensiteten og lyskvaliteten er avgjørende for behandlingsresultatet. Lysintensiteten er som regel 10 000 lux ved 30-50 cm avstand (avhengig av leverandør) mellom lyskassen og øynene. Intensiteten taper seg raskt med økende avstand og kan kontrolleres med et luxmeter. For å få behandlingseffekt

anbefales en lysstyrke på minimum 2000 lux ved øyenivå. Til sammenligning er lysintensiteten i et vanlig opplyst rom rundt 200-300 lux. Varigheten av eksponeringen er avgjørende. Man regner med at det er en lineær relasjon mellom varighet og intensitet, slik at én times eksponering med 4000 lux gir samme effekt som to timer med 2000 lux. Vanlig behandlingstid er ca 30 minutter. Ettersom behandlingseffekten ser ut til å vare i noen uker etter avsluttet behandling, vil det sannsynligvis oppnås effekt selv med behandlingsfrie dager innimellom. Effekten taper seg imidlertid raskt ved behandlingsopphold lengre enn én uke. Enkelte pasienter opplever irritasjon og svie i øynene de første minuttene av behandlingen; det kan da være hensiktsmessig å starte med svak intensitet på lyseksponering, for så å øke intensiteten gradvis.

Konklusjon

Det er ennå ikke etablert noen konsensus for lysbehandling av søvnvansker hos eldre. Det er heller ikke klarlagt hvilke pasientgrupper som vil ha størst nytte av behandlingen. Alle forsøk hittil viser imidlertid at behandlingen har svært få bivirkninger. Det eneste unntaket fra denne regelen er at disponerte pasienter kan utvikle manisk tilstand. Slike pasienter bør derfor avstå fra lysbehandling. På grunn av den lave bivirkningsprofilen og den potensielle gode effekten på søvnplagene kan behandlingsforsøk prøves relativt liberalt. Det er likevel viktig med en nøye utredning av pasientens søvnproblem før behandlingsstart. Har pasienten tidlig morgenoppvåkning bør behandlingen legges til kveldstid. Den gode effekten av lysbehandling hos sykehjemspasienter med demens er også en viktig påminner om viktigheten av stimuli på dagtid hos denne pasientgruppen. Dette gjelder ikke bare lyseksponering, men også mulighet for fysisk utfoldelse og meningsfylte sosiale tilbud.

Referanser, se s. 32



Memantin

– behandlingsalternativ ved demens med frontale symptom?

To kasuistikkar



 Arne Ruset, overlege, Alderspsykiatrisk enhet, Molde sjukehus.

Frontotemporal demens har gjerne gjenkjennelege åtferdsendingar som ofte kjem til syne før dei kognitive endringane. Typiske åtferdsendingar er interesseløys, tap av hemningar, angst, rastløys og endring av måltidsvanar. Etter kvart kjem den kognitive svikten til syne gjennom eksekutive problem, minnesvikt, svekka visuospatielle evner og språkproblem. Særleg språkfunksjonen endrar seg ofte på karakteristisk vis med svikt i spontantale, parafrasiar¹⁾, perseverasjonar og ekolali/talepress (1).

Diagnostiseringa kan likevel vere vanskeleg, då fleire andre demensformer kan ha liknande symptom. Ofte mistenker ein frontotemporal demens, men eit visst avvik i symptomatologien gjer at ein kvir seg for å sette diagnosen. Ein kallar då gjerne tilstanden demens med frontale symptom.

Mekanismer ved memantin

Ved nevrodegenerativ demens er det i aukande grad haldepunkt for at svikt i glutaminerge nevrotansmittarar, særleg ved aktivering av NMDA (N-metyl-D-aspartat)-receptorar, medverkar til forverring av både symptom og sjukdomsutvikling. Memantin er ein antagonist²⁾

til NMDA-receptorar. Medikamentet hemmer verknaden av patologisk auka nivå av glutamat, som kan føre til nevronal dysfunksjon, symptom og sjukdomsutvikling ved demens (2).

Indikasjonar

Godkjend indikasjon for memantin er behandling av pasientar med moderat til alvorleg grad av Alzheimers sjukdom. Under introduksjonen av medikamentet, stilte fleire spørsmål om vi her også hadde fått ein farmakologisk reiskap til å behandle symptom ved frontotemporal demens. Som kjent har kolinesterasehemmarar liten effekt ved denne demenstypen. Tilbakemeldinga var at memantin ikkje har nokon plass i behandlinga av pasientar med frontotemporal demens.

Etter tre års bruk av memantin i demensbehandling, er våre erfaringar i hovudsak samanfallande med dette. I nokre tilfelle har vi imidlertid sett gunstig effekt av memantin på enkelte symptom, særleg språkfunksjonen, ved demens med frontale symptom. Her vert to kasuistikkar presenterert, som illustrerer dette:

Kasuistikk nr 1

Mann, fødd 1937. Adjunkt, gift, to barn. Far og onkel hadde Alzheimers sjukdom med sein debut. Etter hovudtraume i 1990 med påfølgjande posttraumatisk hovudverk i 14 dagar oppsto gradvis åtferdsending. Pasienten fekk tiltakande problem i

arbeidet som lærar, byrja å «slurve» med ulike arbeidsoppgåver og var påfallande sliten etter ein vanleg arbeidsdag. Negativ C-CT (CT Caput) i 1994, 1996 og 1998. Nevrolog fann ikkje haldepunkt for samanheng mellom pasienten sin hovudskade og omtala symptom. Permanent sjukmeld frå 1995, uføretrygda i 1996. Progredierande forløp av svikten; MMS-test i 1999 viste 22/30. Behandlingsforsøk med kolinesterasehemmar (donepezil) gav ein viss effekt innleiingsvis, men raskt forbigåande. Gradvis forverring av svikten fram til innlegging i alderspsykiatrisk sengepost april 2002. Betydelege ordleingsproblem, motorisk og sensorisk afasi. Apraksi og handlingssvikt. Også svikt i gangfunksjon. Dette syntes å ha si årsak i kroppsapraksi, det kunne sjå ut som om pasienten ikkje lenger skjønna å utføre grunnleggjande rørsler. Mellom anna stod han med hendene mot golvet og gjekk baklengs med beina opp i senga når han skulle legge seg. Det oppstod også åtferdsendingar i form av irritabilitet og eksplosivt sinne med fysisk utagering, særleg i stellesituasjonar. Forfall av personleg hygiene. Behandlingsforsøk med antipsykotika (haloperidol) og benzodiazepiner gav liten eller ingen effekt.

I sengeposten representerte pasienten ei stor pleiemessig utfordring på grunn av åtferdsavviket. Han var ekstremt følsom for stimuli og måtte mesteparten av tida skjer-

¹⁾ parafrasi: en taleforstyrrelse hvor man f. eks. utelater eller bytter om bokstaver i et ord slik at sammenhengen blir vanskelig å forstå (støvel kan bli til stølve og naturlig til natlig). (red.)

²⁾ antagonist: har motsatt virkning (red.)



mast saman med personale. Han kunne seie «ja» og «nei», men var ut over dette nærmast språklaus. Behandlingsforsøk med quetiapin var mislukka. Ein forsøkte så behandling med zuclopenthixol i låg dosering. Dette svekka den aggressive tendensen, men pasienten vart betydeleg sedert av medikasjonen og etter kvart immobil og fullstendig hjelpetrengande.

På slutten av opphaldet vart det gjort undersøking med SPECT³⁾ cerebri som viste redusert CBF frontalt. Pasienten vart utskriven i september 2002. Ein formoda at det låg føre ein frontallapssdemens.

Sommaren 2003 vart det starta forsøksvis behandling med memantin etter påtrykk frå ektefelle. Etter seks veker skjedde det gradvis ei klar positiv endring i pasienten sitt sjukdomsbilete. Dei aggressive tendensane bleikna, og pasienten byrja å snakke i heile setningar. Gangfunksjonen betra seg også; han syntes betre å skjønne framgangsmåten ved gange. Betringa vart ytterlegare forsterka då ein etter kvart seponerte antipsykotika.

Ved poliklinisk kontroll i april 2005 rusla pasienten fredeleg omkring i fellesarealet på sjukeheimen. Han kunne uttale middels lange samanhengande setningar og framstod som roleg, tilfreds og i godt humør. Stellesituasjonane vart rapportert å gå greit, særleg hadde ein inntrykk av at pasienten i langt større grad skjønna muntlege instruksar.

Effekten av memantin har no vedvart i over to år.

Kasuistikk nr 2

Kvinne, fødd 1946, sjukepleiar. Gift, bur saman med ektefelle. Tre vaksne barn. Ikkje kjend demensproblematikk i slekta.

Personlegdomsendringar tilbake til tusenårsskiftet, i form av angst, rastløyse og tap av interesser. Også subjektiv kjensle av minnesvikt. Gradvis reduksjon i stilling fram til 100 prosent uførepensjon i 2002.

MMS var då 23/30. Kvinna blei vurdert av alderspsykiatrisk poliklinikk i september 2002. Ved Cognistat⁴⁾ skårte ho då klart patologisk på sju av ti delfunksjonar. Ein observerte ordleitingsproblem. Ektefellen rapporterte om sinnetokter. Det vart starta opp demensbehandling med donepezil, med usikker effekt. SPECT cerebri blei etter kvart rekvirert og viste redusert CBF⁵⁾ i store delar av venstre hemisfære, særleg frontalt og temporalt. Den kognitive svikten progredierte stadig, og nye symptom tilkom som ukritisk kjøpe lyst og slurv med personleg hygiene. Ved poliklinisk samtale i mai 2004 var pasienten knapt i stand til å formulere sjølvstendige setningar. Talen inneheldt først og fremst stereotypiar og perseverasjonar.

Diagnostisk sett mistenkte ein frontallapssdemens, men ein del atypiske trekk gjorde at ein ikkje fann indikasjon for å sette diagnosen endeleg. Denne uvissa medførte at ein valde å gjere eit behandlingsforsøk med memantin, og starta opp slik behandling hausten 2004. Fra og med november var ein oppe i vedlikehaldsdose (10 mg x 2). Ved kontroll i januar 2005 vart det observert ei klar positiv endring. Pasienten var meir aktiv og mindre sengeliggjande, ho prata meir med betre tale og kunne føre tilnærma adekvate samtalar med ektefelle og hjelpepersonell. Sterotypiane og perseverasjonane var mindre framtrêdande enn før behandlinga tok til, og det virka som om ho hadde betre ordforråd. Ho rota også mindre i måltidssituasjonar og tok i større grad imot hjelp ansyns personleg hygiene.

Ved kontroll sommaren 2005 har det på nytt skjedd ein progresjon av tilstanden, og pasienten er på mange vis attende der ho var før oppstarten med memantin. Det kan såleis synast som om ho hadde effekt av medikasjonen i anslagsvis eit halvt år.

Drøfting

Memantin har ikkje behandling av frontotemporal demens som godkjend indikasjon, og som oftast viser utprøving av medikamentet liten eller ingen effekt i behandling av frontale symptom.

Det er vanskeleg å finne gode medikamentelle åtgjerder ved demens med frontale symptom, som ofte er assosiert med problematisk åtferd og store omsorgsmessige utfordringar (3). Stemningsstabilisatorar og/eller SSRI (selektive serotonin-reopptakshemmarar) kan stundom modifisere symptoma, men på lang tid nær alltid. Kolinesterasehemmarar synes ikkje å ha nokon plass i aktuell behandling, heller ikkje antipsykotika. Dessutan har sistnemnde medikamenttyper ofte plagsame biverknader samanlikna med memantin, som må seiast å ha ein gunstig biverknadsprofil (4).

Sidan ein har observert at memantin unntaksvis kan ha effekt (av lengre eller kortare varigheit) ved demens med frontale symptom, og då særleg på språkfunksjonen, kan det likevel vere aktuelt å vurdere forsøk med medikamentet i gitte situasjonar. Slike situasjonar kan seiast å liggje føre når optimalisert miljøterapeutisk behandling ikkje har ført fram, når behandling med stemningsstabilisator og/eller SSRI er prøvd utan å ha gitt resultat og når det foreligg dramatisk affeksjon av språkfunksjonen.

Referanser

- 1) Engedal K. (2003) Fronto-temporallapssdemens. I: Engedal K, Wyller TB, red. *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe.
- 2) Aerose SA, Sheriff F. (2003) Memantin for dementia (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 1: CD003154.
- 3) Engedal K. (2004) Andre degenerative demenssykdommer. I: Engedal K, Haugen PK. *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
- 4) Parsons CG, Danysz W, Quack G. (1999) Memantine is a clinically well tolerated NMDA receptor antagonist. A review of preclinical data. *Neuropharmacology* 38: 735 – 767.

³⁾ SPECTSingle Photon Emission Computed Tomografi: undersøkelse til å studere hjernens blodsirkulasjon (CBF). (red.)

⁴⁾ Cognitstat: en nevropsykologisk test som er mer omfattende enn MMS. (red.)

⁵⁾ CBF: Cerebral blodstrøm. (red.)

Kunnskap i bånd er topp!

 Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

En mann og 27 kvinner (!) hentet ny kunnskap og inspirasjon. De to første dagene diskuterte deltakerne ideologi, mulige løsninger, planlegging og gjennomføring av tiltak i behandlingskjeden. Aktuelt lovverk, tilbud til hjemmeboende personer med demens, daglig drift og lederrollen fylte de to siste kursdagene. I gruppebesvarelsene siste kursdag pekte samtlige deltakere på kompetanse som helt grunnleggende for en god omsorg. Gode rutiner for kvalitetskontroll ble fremhevet som et annet viktig område. DEMENS tok et lite sveip blant kursdeltakerne for å sjekke stemningen og få nytt fra kommunenorge.

Budskapet skal spres i Lier

Lier kommune i Buskerud opprettet 1. januar i år demensteam og kompetansesenter for demens på sykehjemmet. Ett og et halvt årsverk ble lagt til demensteamet, og det ble opprettet demenskontakt i hver av kommunens virksomheter som yter tjenester til personer med demens. Sykepleier Kjersti Hennum er koordinator for arbeidet og forteller om både positive og negative erfaringer.

– Reaksjonene fra pårørende har vært svært positive. Vi har fått størst motbør fra virksomhetsledere som kanskje ikke helt har skjønnet hva vi kan bidra med. Politikerne, og ikke minst legene, har vært vanskelige å få på banen. Det merket vi tydelig i forbindelse med Demensuken vi arrangerte fra 10. til 14. oktober.

Bakgrunnen for Demensuken i Lier var at demensteamet fikk penger til kompetanseheving fra kommunen. Teamet bestemte at kunnskapen skulle nå flest mulig, og pårørende, leger, politikere, ansatte, tillitsvalgte,

rådsmannsteamet og administrasjonen fikk personlig invitasjon til faglige arrangementer. På grunnkurset i demens som ble arrangert for ansatte, var 72 påmeldt, og alle de berørte virksomhetene i kommunen var representert. Bare tre av kommunepolitikere deltok imidlertid i løpet av de fire dagene. Og da temaet var diagnostisering meldte en av 14 fastleger seg på.

– Da fikk vi grønt lys for å åpne kurset for sykepleiere, og 15 meldte seg på. Pårørende fikk blant annet informasjon om demenssykdommer, og flertallet av de 50 deltakerne tok ordet i en debatt vi arrangerte til slutt. Resultatet er at vi i løpet av november skal forsøke å starte pårørende grupper.

Giret på kunnskap

Kjersti Hennum er full av entusiasme over Demensuken og anbefaler alle andre kommuner å gjennomføre noe lignende. Like entusiastisk er hun over fordypningskurset hun deltar på.

– Jeg har lært noe nytt av hvert eneste foredrag, og har hentet masse inspirasjon, så nå gleder jeg meg til å komme tilbake i jobben på mandag og begynne å sette kunnskapen ut i livet.

Vet du allerede nå hva du skal gjennomføre?

– Jeg vil ha alle virksomhetsledere og de aktuelle politikere på banen. Demensteamet skal besøke Helse- og sosialutvalget, for når de ikke kommer til oss, må vi gå til dem. Vi skal ha med en av foredragsholderne og en pårørende som har deltatt på dette kurset, og hvis ikke politikere og virksomhetsledere skjønner mer da, er det ikke håp. Men vi skal i hvert fall gjøre vårt,

lover Kjersti Hennum som beskriver seg selv som fullstendig giret på kunnskap.

Moss i flertall

Hele ti av de 28 kursdeltakerne kommer fra Moss kommune. Demens står betimelig nok høyt på agendaen i kommunen. Ifølge sykepleier og konstituert fagkoordinator Aina Wold Wangen viser statistiske beregninger at det for tiden er 273 personer med demens i Moss.

– Kommunen har nettopp laget ny pleie- og omsorgsplan og skal nå satse mer på omsorg for personer med demens. Blant annet blir avlastningstilbudet utvidet. Demensteam er opprettet på et sykehjem, og teamet består av lege, sykepleier og ergoterapeut. Det skal være en ressurs for alle enheter i kommunen som gir tjenester til personer med demens. Pårørende grupper er opprettet, og det har vi fått god respons på. Dagtilbud har vi også fått i gang, og regner med å utvide tilbudet.

Aina Wold Wangen har jobbet lenge på bestillerkontor i Moss og er ikke i tvil om at det er riktig å satse sterkt på demensomsorg.

– Vi ser helt klart at det er der skoen trykker. Lasse Frantzen¹⁾ er en dyktig rådgiver i kommunen, og han har sørget for at vesentlige punkter er kommet med i den nye helse- og omsorgsplanen når det gjelder personer med demens. Han deltar på dette kurset, og det gjør også repre-

¹⁾ I DEMENS nr. 1/2005 skrev Lasse Frantzen artikkelen «Bestiller/utførermodellen og personer med demens – en umulighet eller den perfekte løsningen?» Artikkelen bygger på et foredrag på Demensdagene 2004 (red.)



Kjersti Hennum
Lier



Aina Wold Wangen
Moss



Heidi Borgen Larsen
Ski



Renate Pley
Vadsø

sentanter for alle kommunens virksomheter på demensfeltet. Det har vært et flott kurs med gode foredragsholdere, spennende innspill og nye vinklinger.

Kompetanseheving i Ski

Ski kommune i Akershus har laget ny strategi for helse- og sosialtjenesten. Tilbud om videreutdanning og kurs i geriatri, alderspsykiatri og demens er et viktig moment i strategien. Avdelingssykepleier og fagleder ved skjermet enhet på Solborg bo- og aktiviseringscenter, Heidi Borgen Larsen, forteller at kommunen gir stipend og inntil 12 permisjonsdager med lønn per semester til studier, pluss eksamensdager og lesedager før eksamen. Kommunen gir dessuten støtte til kursavgift og litteratur.

– På min avdeling er vi åtte som har tatt utdanning i demens og alderspsykiatri, og det betyr mye for det faglige miljøet på institusjonen.

Heidi Borg Larsen har arbeidet i demensomsorgen i ti år og merker positive endringer som følge av kompetansehevingen.

– Vi har fått et meget bevisst personale som tar utfordringer på strak arm og får med seg andre kolleger i prosesser for å finne gode løsninger for pasienter og pårørende. De er faglig dyktige og står for sine meninger.

En del kunnskapsrike ansatte sier at det er bra å vite hvordan omsorgen blir best mulig, men at kommunens økonomi ofte legger kjelker i veien for utførelsen. Det kan føre til stor frustrasjon?

– Da må vi se hvordan vi får mest mulig positivt ut av de ressursene vi har til rådighet. Jo mer vi vet om

gode løsninger, desto flere muligheter ser vi. Kanskje vi kan endre noen rutiner? Kanskje vi må ta flere små skritt i stedet for ett stort? Kanskje vi kan sette mange positive biter sammen til et godt tilbud? Utdanningen av de ansatte har ført til at noen har gode kunnskaper om enkelte felt og noen om andre, og så kan fellesskapet dra nytte av den samlede kompetansen.

Tør du hevde at personer med demens i Ski har fått det bedre på grunn av kompetansehevingen?

– Ja, det tør jeg. Mer kunnskap hos de ansatte pluss et nytt sykehjem med 28 plasser for personer med demens gir gruppen et bedre tilbud enn tidligere. Kommunen arbeider med en differensieringsplan som kalles «rett tilbud til rett tid.» Den håper vi vil gjøre demensomsorgen enda bedre.

Hvordan har du opplevd fordypningskurset?

– Svært positivt. Det er godt å få påfyll, og jeg lærer noe nytt hele tiden. Nå skal vi starte fire nye enheter på Solborg bo- og aktiviseringscenter, så jeg er hele tiden ute etter kompetanse som kan brukes i hverdagen.

Hva skjer i Vadsø?

Vadsø kommune har lagt ned sykehjemmet og bygget mer enn 30 omsorgsboliger med døgnbemannning. Det bor sju beboere per enhet med felles kjøkken og oppholdsrom. Fra og med påsketider i år bor alle slik, med og uten demens og uansett fase i demensutviklingen. Ergoterapeut Renate Pley i helsevirksomheten i Vadsø, forteller at alle beboere nå får vedtak fattet av hjemmetjenesten. Omorganiseringen av personalet er ikke fullført enda.

Renate er relativt nyutdannet ergoterapeut, men har tidligere vært ansatt både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Dessuten har hun hatt praksisperiode på alderspsykiatrisk avdeling og deltatt på et par kurs i demensrelaterte emner. Renate har også erfaring som pårørende til en person med demens. Hun har jobbet i Vadsø kommune i et års tid etter ferdig utdanning og skal sammen med den andre ergoterapeuten i kommunen starte gruppetilbud til personer med demens. Fordypningskurset har gitt nyttige innspill til prosessen.

– Vi skal legge til rette for aktivisering, slik at beboerne skal få en så meningsfylt hverdag som mulig. Vi skal også forebygge fallulykker, se på bruk av hjelpemidler, alarmsystemer og andre ting som kan bidra til en best mulig tilværelse. Dette kurset har gitt meg bedre innblikk i organiseringen av tilbud, og jeg har hørt eksempler på hva som fungerer bra i andre kommuner. Demens angår alle som arbeider i eldreomsorgen, uansett yrkesgruppe.

Har du gjort deg opp en mening om kommunens sykehjemspolitik?

– Jeg er mener at man må ha et tilbud på alle nivåer, som en tiltaksskjede. Man kan ikke bare ta bort noe og regne med at det kan erstattes av et annet tilbud. Foreløpig er det for tidlig for meg å si hvor godt dette tilbudet er, eller vil bli, for dem som trenger omsorg døgnet rundt fordi de har en demenssykdom. Men nå er sykehjemmet borte, og vi er nødt til å få omsorgsboligene til å fungere så godt som mulig.



E-vitamin

mot demens og aldring – drømmen som brast?



 Harald A. Nygaard, professor emeritus dr. med.,
Seksjon for geriatri, Institutt for samfunnsmedisinske fag,
Universitetet i Bergen og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Mulige sammenhenger mellom vitamin E og utvikling av Alzheimers sykdom (AS) har tidligere vært omtalt i DEMENS (1). Noen entydig konklusjon om vitamin E virkelig har en forebyggende effekt eller sinker demensutviklingen, er enda ikke trukket. Det regnes som godt dokumentert at kolinesterasehemmere (KEH) (donepezil, galantamin, rivastigmin) sinker utviklingen av AS. Effekten er moderat, men det er store individuelle forskjeller. Det er fortsatt ingen generell enighet om når behandling med KEH skal startes eller avsluttes.

Forskergruppen som i sin tid var med på å dokumentere en mulig effekt av vitamin E som et medikament for å sinke utviklingen av AS, har nå gjennomført en undersøkelse hvor man har sammenliknet i hvilken grad vitamin E og donepezil

(Aricept) kan forhindre at personer med Mild Cognitive Impairment¹⁾ (MCI) utvikler AS (2).

I undersøkelsen som ble utført i tidsrommet mars 1999 og januar 2004, ble 769 personer med MCI etter tilfeldig valg, daglig behandlet med 2000 internasjonale enheter (IE) vitamin E, 10 mg donepezil eller placebo. Alle deltagerne fikk dessuten en multivitamin-tablett som blant annet inneholdt 15 IE vitamin E (tilsvarende daglig behov). Forsøksperioden varte 36 måneder. Personer som i løpet av forsøksperioden fikk påvist AS fikk tilbud om åpen behandling med donepezil.

I alt utviklet 214 av deltagerne demens, derav 212 AS, én blandingsform og én progressiv afasi²⁾. Det var ingen forskjell med hensyn til utvikling av demens mellom placebogruppen og gruppen som ble behandlet med vitamin E. Risikoen var noe lavere for dem som ble behandlet med donepezil. Etter to års behandling var det imidlertid ingen forskjell mellom donepezil og placebo.

Forfatterne konkluderer med at høydosert vitamin E ikke reduserer sannsynligheten for utvikling av AS hos personer med MCI. Undersøkelsen kan heller ikke tas til inntekt for at donepezil har en slik effekt.

Undersøkelsen kommenteres i en lederartikkel i tidsskriftet der undersøkelsen publiseres (3). Først og fremst konkluderes det her med at drømmen om at vitamin E kan utsette debuten av AS, nå kan stedes til hvile. Det har også vært postulert at vitamin E har en positiv effekt på hjerte-/karsykdommer og ved kreft. En nylig publisert amerikansk undersøkelse har vist at en heller ikke ved slike tilstander har nytte av vitamin E (400 IE daglig) (4).

Som kommentert tidligere i DEMENS har andre undersøkelser vist at effekten av kost med høyt innhold av vitamin E og vitamin E i tablettform muligens kan ha ulik effekt med henblikk på utvikling av AS (1). Det kan tenkes at kost rik på E-vitamin også inneholder andre viktige bestanddeler. Dette diskuteres ikke i disse undersøkelsene (2, 4). Ifølge Blacker viser preliminnære resultater at heller ikke galantamin er bedre enn placebo med hensyn til å hindre utviklingen av AS hos personer med MCI (3).

Er alderdom en sykdom?

En viss grad av glemsomhet og langsommere mental reaksjonsevne har lenge vært ansett som del av en normal aldring. På linje med andre former for organsvikt hos eldre mennesker er det også med hensyn til hjernens funksjon

¹⁾ Mild Cognitive Impairment (MCI) oppfattes av mange som en tilstand som kan representere normale aldersforandringer eller en begynnende demens, særlig AS. Det vil si at det foreligger en klar kognitiv svikt, men ikke i en slik grad at kriteriene for en demenslidelse er oppfylt. Årlig vil ca. 10-15 prosent med MCI utvikle AS. Tilstanden er ikke entydig definert og lar seg derfor vanskelig brukes i daglig praksis. I forbindelse med denne undersøkelsen er MCI definert som subjektiv opplevelse og objektivt påvist av hukommessvikt, men med intakt funksjonsstatus.

²⁾ Progressiv afasi blir stundom regnet som en frontotemporalallapsdemens.

vanskelig å skille aldringsforandringer fra sykdomsforandringer. Hvor grensen mellom aldring og sykdom går, er dessuten et definisjonsspørsmål. I vår vestlige kultur hvor autonomi tillegges en overordnet funksjon for at man skal fremstå som et «fullverdig» menneske, tillegges enhver trussel mot en persons autonomi avgjørende betydning. I den sammenheng representerer trolig kognitiv svikt den største trusselen. På denne bakgrunn har Whitehouse og Juengst nylig diskutert vår tids tendens til å stemple normale aldersforandringer som sykdom, og eksemplifiserer dette ved MCI (5).

Som nevnt ovenfor er MCI et vanskelig begrep. Det ble først konstruert i forbindelse med epidemiologiske studier for å identifisere personer med risiko for å utvikle demens. Etter hvert mener imidlertid enkelte at MCI må oppfattes som et tidlig stadium av demens (6).

Et grunnleggende spørsmål er om aldring i seg selv er patologisk og om aldring til syvende og sist munner ut i en ansamling av sykdommer som må bekjempes. Dersom aldring er en normal prosess, finnes det ingen grunn til å forsøke å forhindre den. Og hvordan harmonerer oppfatningen om aldring som et patologisk fenomen med at man beskriver livssyklusen som vekst, utvikling, alderdom og forfall (5)?

Å skille mellom sykdom og normal aldring kan muligens virke akademisk. Whitehouse og Juengst (5) påpeker flere forhold som viser at skillet ikke utelukkende er av teoretisk natur. Dersom aldring er patologisk burde det være et offentlig anliggende å stimulere forskning som kan avsløre aldringens gåte. Det ligger store økonomiske interesser bak ønsket om å sette en medisinsk merkelapp på «aldring». Enkelte har for eksempel argumentert med at begrepet MCI ble skapt i den hensikt å utvide markedet for legemidler mot AS (sitert etter (5)). De mener at Alzheimers sykdom i seg selv er en sosial konstruert merkelapp som fanger opp en ytterdel av aldringsrelatert kognitiv reduksjon, det vil si grenseområdet mellom normal glemsomhet og patologisk kognitiv svikt.

I stedet for å anse behandling av MCI som et forsøk på å forebygge sykdom, kan det heller oppfattes som et forsøk på å sinke progresjonen av sviktende kognisjon som inntreffer i den aldrende hjerne (5). Med andre ord gjelder det å skifte fokus fra å forebygge sykdom til å stimulere og styrke kroppens iboende evne til å motstå sykdom.

En slik tilnærming vil være det motsatte av medikalisering (sykeligjøring). Aldring aksepteres her som en medisinsk nøytral prosess hvor det tas høyde for å instituere lindrende tiltak når det er behov for

det. Det dreier seg altså om å ta i bruk helsefremmende tiltak (5).

Til tross for massiv søken etter demensrelaterte risikofaktorer kan man vanskelig overse at høy alder en den alvorligste risikofaktoren for å utvikle en demenssykdom. Det øvrige dreier seg for en stor del om livsstilsfaktorer. Det er disse vi forsøker å håndtere med kjemiske remedier.

Referanser

- 1) Nygaard H (2004) Vitamin C og E og Alzheimers sykdom. *DEMENS* 8(3).
- 2) Petersen R et al. (2005) Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *The New England Journal of Medicine* 352:2379-2388.
- 3) Blacker D (2005) Mild cognitive impairment – No benefit from vitamin E, little from donepezil. *The New England Journal of Medicine* 352:2439-2441.
- 4) The HOPE and HOPE – TOO Trial Investigators. Effects of long-term vitamin E supplementation on cardiovascular events and cancer. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 2005;293:1338-1347.
- 5) Whitehouse P, Juengst E (2005) Antiaging medicine and Mild Cognitive Impairment: practice and policy issues for geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society* 53:1417-1422.
- 6) Dubois B (2000) Prodromal Alzheimer's disease: a more useful concept than mild cognitive impairment? *Current Opinion in Neurology* 13:367-369.

Fordypningskurs om demens, trinn I

Fordypningskurs om aldersdemens er rettet mot tverrfaglig helsepersonell som arbeider i pleie- og omsorg i kommunene og i spesialisttjenesten. Det forutsettes at deltakerne har basiskunnskaper om demens, for eksempel gjennomgått grunnkurs om demens, og har erfaring fra arbeid med personer med demens.

Trinn I går over fem dager. Kurset tar for seg utredning, behandling og tiltak for personer med demens og deres pårørende.

9.-13. januar 2006: Tromsø

24.-28. april 2006: Geilo

Mer informasjon på www.nordemens.no



2006
Kurs & Konferanser





 Rosemarie Elsner, sygeplejerske og forstander for Utoqqaat Illuat i Nuuk

Demens for 50 år siden

Fandtes der demens i Grønland for 50 år siden? Dette spørgsmål stillede jeg mig selv og andre i min omgangskreds, men ingen kunne svare mig. Derfor ringede jeg rundt til de gamle mennesker jeg kender, der har levet og arbejdet med mennesker. De fortæller:

«Der var enkelte ældre der var gået i barndommen.»

«Der var få gamle der opførte sig mærkeligt, men det troede vi var fordi de var blevet for gamle.»

«Da vi var børn var der nogle gamle, vi var meget bange for, fordi de råbte og skældte ud uden grund, det var dem, de kaldte «utertut», dem der er gået tilbage.»

«Nåå, dem der var blevet for-kalkede, dem så vi enkelte af i vores barndom.»

Fra syd til nord og fra vest til øst var dette svarene. Alle kunne huske enkelte, der var gået tilbage i barndommen. De troede dengang, at årsagen var; at de var nervesvækkede, havde været ude i en dyb sorg eller havde været syge i længere tid.

Mit næste spørgsmål var hvem der passede dem, når de ikke selv kunne mere. De fleste svarede at de da bare døde en naturlig død. Når mennesker ikke kunne bidrage mere til samfundet, lagde man sig til at dø. Det betyder at man holder op med at spise og drikke, og efter en lille uges tid er man væk.

De fleste kunne ikke huske hvad

der skete med dem der havde demens, men de var dog sikre på at familien tog sig af dem, som de gjorde med alle syge gamle.

At gamle mennesker bare lagde sig til at dø, kan jeg genkende fra min tid som forstander ved alderdomshjemmet i Nanortalik i Sydgrønland. Her havde vi ikke plejkrævende beboere ret længe. Når de følte, at livet ikke havde mere at byde på og at de var til besvær, gav de os besked om at nu var døden ikke fjern længere. I disse tilfælde var der aldrig tegn på en forværring af fysisk sygdom eller andet der kunne tyde på at døden var nær. Jeg lærte dog hurtigt at respektere dette og indkaldte hele familien til en samtale. Det er tradition i Grønland at hele familien våger over sine døende pårørende, og de kommer fra nær og fjern. Alle får et ord med på vejen, og efter et par dage vender den døende sig væk fra sine pårørende og dør stille og fredeligt efter en kort periode.

I meget gamle dage, da maden var knap og mange sultede, var det almindeligt at forsvinde ud i sneen, isen eller fjeldet når man ikke kunne bidrage til det lille samfunds overlevelse.

Jeg har søgt tilbage i litteraturen, men desværre står der intet om demens i det gamle Grønland. Mange andre sygdomme florerede, som tuberkulose, polio, mellem-ørebetændelse, lus og fnat.

I starten af 70-erne begyndte man at se ganske få personer med demens som plejepatienter på sygehusene.

Demens i dag

De sidste fem år har vi i Grønland mærket et stort boom af gamle som har demenslignende symptomer. Jeg har mange opringninger fra sygeplejersker på sygehusene og personale på alderdomshjemmene, der har problemer med forvirrede gamle der vender op og ned på livet på det pågældende sted.

Mange af familierne lever adskilt, således at den ældre generation er blevet «forladt» af sin familie. De unge bor og arbejder, hvor der er arbejde at få, og det vil i de fleste tilfælde være de større byer. Mange er under uddannelse, og når de bliver færdiguddannede, rejser de ikke hjem igen, men bliver i den by, de er blevet uddannet i. Dette har gjort at mange gamle er meget ensomme, får depressioner og kommer ind på sygehusene eller alderdomshjemmene med demenslignende symptomer.

Gennem mange år har alkoholforbruget i Grønland været betragteligt stort, og regningen kommer nu i form af mange «gamle» med alkoholrelateret demens. Man ser dem i bybilledet, usøigneret vakle rundt med en ølflaske i hånden. De er meget svære at have på et almindeligt plejehjem, fordi de bliver moppet af de «raske» gamle som har meget svært ved at tackle deres

i Grønland



specielle reaktionsformer og udbrud. Desuden er det meget svært for dem at indtage alkohol uden at være til gene for medbeboere og personale, hvilket betyder at de for eksempel ikke kan være på plejehjemmet i Nuuk (hovedstaden i Grønland).

I flere byer fortælles der om at de alkoholrelaterede demente får tæv¹⁾ af borgere. Det er specielt dem med seksuelle overtoner som er svære at forstå for andre mennesker.

Også i dag har kun ganske få mennesker fået diagnosticeret demens. Det er først de sidste tre til fire år man er begyndt at diagnosticere demens. Det er ikke fordi vi ikke har mennesker med en demenssygdom, men fordi det tidligere ikke har været muligt i Grønland at skanne hjernen. Dette er dog blevet muligt indenfor de sidste år og bliver også brugt i enkelte tilfælde.

Store udfordringer

Det er min personlige mening at demenssygdommene ikke har haft den store bevågenhed fra sundhedsvæsenets side. Interessen for disse sygdomme har ikke været stor, og det er min erfaring at dem der skal diagnosticere sygdommene ikke har den store viden om demens.

Kun ganske få yngre er ramt af Alzheimers sygdom i Grønland. De er blevet diagnosticeret på Rigshospitalet i Danmark og får den medicinske behandling der er gældende (Aricept).

Når et menneske ramt af demens i Nuuk eller en af de større byer får

begyndende problemer i hjemmet, træder det kommunale system til. Her tilbydes der aflastningsplads, madudbringning, hjemmehjælp, dagcenterplads eller institutionsplads. I flere større byer er der oprettet skærmede enheder med plads til mellem fire og seks personer med demens.

Det er straks værre i de mindre byer. Her er tilbudene ikke de samme, og slet ikke for folk der bor i byggerne. Her oplever man tit at familien er kørt træt p.g.a. manglende støtte og opbakning fra fagpersoner der har en viden om demenssygdomme.

På kysten er der alderdomshjem og sygehuse i alle byer, men på mange af alderdomshjemmene er kun ufaglærte ansat. Derfor betaler kommunerne til sundhedsvæsenet for at få deres plejkrævende ældre eller handicappede passet, herunder også dem med demens. Det har været meget svært at få uddannede ud på alderdomshjemmene, da området har en lav stjerne i forhold til mange andre arbejdspladser, hvor man ikke skal arbejde skiftehold eller i weekenderne.

I Grønland uddanner vi selv sygeplejersker, sundhedsassistenter og sundhedshjælpere, og vi kan mærke at det nu er blevet lidt lettere at få faglært personale til alderdomshjemmene. I takt med den stigende plejetungdom og sygdomsfrekvens hos vore ældre medborgere har kommunerne indset at der skal ansættes sygeplejefaglige ledere, så flere steder på kysten er der nu ansat sygeplejersker.

Uvidenheden på demensområdet har været stort i Grønland, og mange personer med demens har ikke fået den pleje og omsorg de har behov for. Derfor har jeg gennem flere år rejst rundt i Grønland og givet kurser på grønlandsk til alle interesserede ansatte på alderdomshjemmene, i sygehusene, samt til hjemmehjælpere og støttepersoner.

Vi har i samarbejde med medierne lavet programmer om demens og fået oversat pjecer som er lagt rundt omkring, for at alle skal forstå at dette er en sygdom og lære hvordan man skal møde mennesker ramt af demens. Det er nu mærkbart, at man er blevet bedre til at tackle de demenssyge og møde dem hvor de er i øjeblikket, således at problemerne med råben og aggressivitet er aftaget betragteligt.

Det er et stort ønske fra min side at man prioriterer området inden det er for sent, fordi de mange med alkoholrelateret demens (40 personer i Nuuk²⁾) skal have et sted at bo, hvor de med værdighed kan få pleje og omsorg fra folk der forstår dem.

Vi vil i fremtiden se mange gamle med demens, fordi de ældre bliver meget ældre i dag i forhold til tidligere, og samfundets struktur gør at gamle mennesker bliver ensomme og ikke får den stimulering som andre mennesker kan give dem.

Gennem flere år har jeg forsøgt at få politikere i tale, og de kan også godt se problemet, men mangler økonomiske midler til at kunne gøre noget.

²⁾ Per nov. 2005 bor der 14 895 personer i Nuuk. Tallet for hele Grønland var 56 969 personer per 1. jan. 2005. (red.)

¹⁾ Tæv: juling (red.)





Peter Wetterberg

HUKOMMELSES**BOKEN**

– Hvorfor vi husker og glemmer lett

Gyldendal 2005, 198 s. ISBN 82-05-33500-1

For noen tiår siden holdt vi på med et prosjekt hvor vi testet personer over 75 år med ulike hukommelsesprøver. Jeg hadde gjort en avtale med en 87 år gammel kvinne som viste seg å være sengeliggende og tydelig fysisk svært skrøpelig. Var det riktig å plage denne kvinnen med testing? Min bekymring ble fanget opp av den gamle som sa at dette hadde hun gledet seg til og det var bare å fyre løs. Hun viste seg å ha en fantastisk hukommelse som de aller fleste 20-åringer ville ha misunt henne. Da jeg ganske forbløffet spurte henne hvordan hun kunne huske så godt, gliste hun og svarte: Jeg har gått på hukommelseskurs!

Denne episoden ga meg en sterk tro på at hukommelsesforbedring i eldre år i høyeste grad er mulig. Imidlertid er det i norsk faglitteratur skrevet lite om hukommelse og hukommelsesteknikker. Når samtidig hukommelse er den viktigste psykologiske funksjonen som vurderes i sammenheng med utredning av kognitiv svikt og demens, er det gledelig at det nå er kommet en bok på norsk

om dette temaet. Forfatter er Peter Wetterberg, spesialist i geriatri og overlege ved Hukommelsesklinikken, Ullevål Universitetssykehus.

Boken gir først en god og oversiktlig gjennomgang av hukommelsens biologi, hvor forfatteren blant annet overbevisende dementierer påstander av typen: «Vi bruker bare 10 prosent av vår hjernekapasitet» eller: «Den rasjonelle venstre hjernehalvdel kveler den kreative høyresiden.» Videre presenteres ulike modeller for hukommelse, læring og glemsel, som beskrives på en forståelig og samtidig faglig solid måte. Den internasjonale faglitteraturen på dette området kan ikke sies å være lett tilgjengelig, og boken gir en utmerket innfallsport til den nye viten om hukommelse som forskningen har bidratt med det siste tiåret. I siste del av boken presenteres leseren for ulike hukommelsesteknikker og det gis nyttige råd om hvordan en kan huske bedre i hverdagen.

Dette er en bok som gir god og oppdatert kunnskap om hvordan den normale hukommelsen fungerer og

kan bedres. Boken kan anbefales ikke bare til fagpersoner og studenter, men til alle som er interessert i hvorfor og hvordan vi husker og glemmer.

Forfatteren skriver at hukommelsesrehabilitering av personer med hjerneskade som for eksempel demens, er et spennende område, men at emnet faller utenfor denne boken. Han henviser her leseren til internasjonal litteratur. Likevel opplever undertegnede dette som et savn – ikke minst siden det tidligere i boken brukes hele ti sider på å beskrive hva demens er. Med sin lange og brede erfaring med demensutredning har Wetterberg garantert mye å bidra med om dette temaet.

Eller planlegger Wetterberg en oppfølging om emnet? I så fall er det en bok mange med meg vil se frem til å lese!

Per Kristian Haugen

Psykologspesialist, Nasjonal kompetansesenter for aldersdemens

Fortsettelse fra side 23

Referanser

- 1) Ancoli-Israel S, Poceta JS, Stepnowsky C, Martin J, Gehrman P. (1997) Identification and treatment of sleep problems in the elderly. *Sleep Medicine Reviews* 1(1):3-17.
- 2) Morin CM, Mimeault V, Gagne A. (1999) Nonpharmacological treatment of late-life insomnia. *Journal of Psychosomatic Research* 46(2):103-16.
- 3) Jacobs D, Ancoli-Israel S, Parker L, Kripke DF. (1989) Twenty-four-hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychology and aging* 4(3):352-6.
- 4) Bjorvatn B. (2000) Langvarige søvnvansker – kan de behandles? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 120(5):579-82.
- 5) Shochat T, Martin J, Marler M, Ancoli-Israel S. (2000) Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *Journal of Sleep Research* 9(4):373-9.
- 6) Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S. (1992) Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* 149(8):1028-32.
- 7) Fetveit A, Bjorvatn B. (2004) Bright light treatment reduces actigraphic measured daytime sleep in nursing home patients with dementia: A pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 13(13):420-3.
- 8) Fetveit A, Bjorvatn B. (2002) Sleep disturbances among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(7):604-9.
- 9) Fetveit A, Skjerve A, Bjorvatn B. (2003) Bright light treatment improves sleep in institutionalised elderly—an open trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18(6):520-6.
- 10) Fetveit A, Bjorvatn B. (2004) The effects of bright-light therapy on actigraphic measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population. *Journal of Sleep Research* 13(2):153-8.
- 11) Ancoli-Israel S, Cole R, Alessi C, Chambers M, Moorcroft W, Pollak CP. (2003) The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *Sleep* 26(3):342-92.



Mogens Høeg og Lilly Jensen

Hjælpemidler til mennesker med demens

ISBN: 87-88548-13-9

Det danske Hjælpemiddelinstitut har kommet med en utmerket og letlest liten bok som vi har savnet. Formål med boken er å skape bedre omsorg for mennesker med demenssymptomer, slik at de kan fortsette sine dagligaktiviteter og styrke funksjoner, identitet, trygghet og integritet. Den gir en god innføring i hvorfor og hvordan man kan bidra til bedre livskvalitet ved riktig bruk av tekniske hjelpemidler for personer med demens. Samtidig tar den opp hvordan omgivelser og boliger kan tilpasses bedre. Boken er rettet mot personer som selv har fått demens, deres pårørende, ergo- og fysioterapeuter, pleie- og omsorgspersonell i demensomsorgen, samt produsenter og forhandlere av hjelpemidler innen demensområdet.

Helse- og sosialfagstudenter som leser boken som pensum i arbeid

med personer med demens, vil få et godt grunnlag for å ivareta brukernes interesser på en grundig og etisk forsvarlig måte. Personer med demens og deres pårørende vil få mange opplysninger og tips som kan være nyttige og praktiske.

Spesielt begeistret er jeg for kapitlet om hva man skal være oppmerksom på når man skal velge hjelpemidler for mennesker med demens, med beskrivelser av metoder og huskelister. Boken har en bred oversikt over produkter som finnes, og mye nyttig informasjon om hjelpemidler for økt trygghet i og utenfor boligen. Lovgivning og etikk er behandlet på en forståelig måte. Gode eksempler på personer med demensproblemer og beskrivelser av overveielser, løsninger og hjelpemidler de kan ha nytte av, gjør boken levende og interessant.

Boken har en god oversikt over litteratur, webadresser og forhandlere, og et par skjemaer til analyse av behov for hjelpemidler.

Forfatterne Mogens Høeg og Lilly Jensen er henholdsvis tekniker og konsulent, og ergoterapeut og konsulent i forskningsavdelingen ved Hjælpemiddelinstitutet. Boken avspeiler et forhold til fagstoffet som er forbilledlig når det gjelder holdninger til det de kaller «borgere med demens», noe som bidrar til meget god kvalitet på innholdet. Boken anbefales på det varmeste.

*Ergoterapeut Sidsel Bjørneby
sidselb2@online.no*

72 sider, Dkr 150 + porto
Hjælpemiddel instituttets Forlag
P.P. Ørums Gade 11, bygn. 3
8000 Århus C
Kan bestilles på www.hmi.dk/forlag

Individualisert musikk i eldreomsorgen

Preferanse-CD utarbeidet av Geria, Ullevål universitetssykehus

Geria, Ressurssenter for aldersdemens og alderpsykiatri for Oslo kommune, har lansert en dobbel CD med musikk som er valgt ut med tanke på eldre som er født på 1920 og 1930-tallet.

Bakgrunnen for denne preferanse-CD-en, er at prosjektet «Individualisert musikk i eldreomsorgen» (Myskja/Lyngroth 2001) som foregikk på tre sykehjem i Oslo, viste at mange personer med demens hadde utbytte av å lytte til musikk, og at musikk kunne påvirke atferd i positiv retning. Men det var viktig at musikken som ble benyttet, var musikk pasienten kjente igjen og likte, såkalt preferert musikk.

For å hjelpe personalet til å kartlegge hvilken type musikk pasientene liker, har Solfrid R. Lyngroth, Tone Sæther Kvamme og Birgit Skogen ved Geria samlet til sammen 25 musikkspor som fordeles i 12 kategorier. Det er barnesanger, skolesanger, religiøse sanger, gamle slagere, viser, klassisk, jazz og blues, Country & Western, opera og operetter, danse- og marsjer, etnisk musikk/folkemusikk og til slutt en diverse-kategori.

Å velge ut og kategorisere musikk krever omtanke og kunnskap. Musikksporene som er valgt, representerer bredde og mangfold i det vi kan kalle kohorte-adekvat musikk.

I hvert fall vil CD-en gi et utgangspunkt for videre kartlegging av musikkpreferanser.

Til CD-en følger en veileder som forteller om opplæringsprogrammet for personalet slik det ble gjennomført i ovennevnte prosjekt, samt et skjema for vurdering av musikkpreferanser.

Preferanse-CD er et godt hjelpemiddel for å bestemme type musikk pasienter foretrekker, og den anbefales for alle som ønsker å bruke musikk målrettet i behandlingen av eldre med demens i sykehjem.

*Ergoterapeut, MSc Torhild Holthe,
Nasjonalt kompetansesenter
for aldersdemens*



B



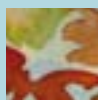
Returadresse:
Nasjonalt kompetansesenter
for aldersdemens
Postboks 2136
N-3103 Tønsberg

www.nordemens.no

DEMENS

Vol. 10 / nr. 1 2006

Neste nummer:



Et verdig tilbud?
Demenslag med våkent blikk



"Unntakstilstand i hjemmesykepleien"



Polyfarmasi og demens



Unge personer med demens har ofte unge barn. Hvordan går det med dem?

aktuell informasjon – debatt

ISSN: 0809-3520

 **Nasjonalt
kompetansesenter for aldersdemens**
utvikling formidling forskning

Adresser:

Medisinsk divisjon, Geriatriisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28/33 34 19 50
Fax: 23 01 61 61

Psykiatrien i Vestfold HF, Psykiatrisk fylkesavdeling
Postboks 2136
3103 TØNSBERG
Tlf.: 33 34 19 50
Fax: 33 33 21 53

E-post: post@nordemens.no
Hjemmeside: www.nordemens.no