



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens&Alderspsykiatri

vol. 15 • nr. 1 • 2011



- Tanker om omsorg
- Fysisk aktivitet – medisin uten bivirkninger
- Angst hos personer med demens



Demens&Alderspsykiatri

vol. 15 • nr. 1 • 2011

Om fysisk aktivitet:

23 Fysisk aktivitet – nødvendig også for personer med demens

27 Sprekt dagtilbud – gode bivirkninger

- 4 Disputas: Depresjon hos pasienter med demens
- 5 Alderspsykiatrien
– en vinner ved Sykehuset Innlandet
- 7 Når verden blir uforståelig og skremmende:
Angst hos mennesker med demens
Minna J. Hynninen
- 12 Tid for handling. Demensdagene 2010
- 17 Pris til ildsjelen Ingelin
- 20 Syv gode grunner til å seponere psykofarmaka
Sverre Bergh
- 23 Fysisk aktivitet – nødvendig også for personer med demens
Jorun Lægdheim Helbostad
- 28 Sprekt dagtilbud – gode bivirkninger
- 30 Kronikk: Legetjeneste i sykehjem
– deltid eller heltid?
Harald A. Nygaard
- 34 Ikke glemsk, men glemt? Alderspsykiatri og kommunale tilbud i Telemark og Vestfold
Marit Nåvik, Marit Fosberg
- 38 Oslo først i Norge: Tilrettelagt museumstilbud for personer med demens
Ellen Wasserfall i samarbeid med Oslo museum, avd. Bymuseet, Norsk Teknisk Museum og Norsk Telemuseum
- 41 Tanker om omsorg

Fagpressen



Demens&Alderspsykiatri utkommer fire ganger i året.

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

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 24. februar 2011.



Redaktør:
Ragnhild M. Eidem Krüger
Hop terrasse 12, 5232 Paradis
Tlf. 55 91 22 11, Fax 55 91 22 12
Mobil: 915 39 065
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Journalist:
Jartrud Høstmælingen
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Mobil: 913 74 941
jartrud.hostmelingen@aldringoghelse.no

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

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

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

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

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

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

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

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

www.demensogalderspsykiatri.no

Forsidefoto: Jartrud Høstmælingen



Nok prat – tid for handling

vol. 15 • nr. 1 • 2011

Demensdagene i november hadde Tid for handling som tema. Vi trenger ikke flere fagre ord fra oven – vi trenger rammebetingelser som gjør det mulig å omsette kunnskap til praksis. Som assisterende direktør i Statens helsetilsyn, Geir Sverre Braut, sier om situasjonen for alderpsykiatriske pasienter syv år etter at Helsetilsynet sendte brev om dette til Helse- og omsorgsdepartementet: *«Fremdeles ser vi at eldre med psykiske lidelser i altfor stor grad blir sittende hjemme alene, mange får ikke god nok kontroll med sin medikamentbehandling, noen får overdosering med beroligende medikamenter.»*

Fra 1. januar gjelder regjeringens verdighetsgaranti for eldreomsorgen. Å bruke et så stort ord er dristig. Det skal ikke mange negative tilsynsrapporter til før begrepet er uthulet. Adeccosaken i all sin ynkelighet viser hva som kan bli resultatet når bunnlinjen styrer hele butikken. Det må være lov å forvente bedre kontroll i kommunene og en smule etiske overlegninger hos anbudsvinnere i eldreomsorgen. Verdighet er ikke et passende ord her.

Forskriften om en verdig eldreomsorg ligner mye på kvalitetsforskriften. Den har mange kommuner slitt kraftig for å oppfylle, og Statens helsetilsyns tallrike rapporter fra sykehjem de siste par årene er ikke oppmuntrende lesning. Det er liten grunn til å tro at det står bedre til innenfor hjemmesykepleiens pressede hverdag. I Helsetilsynets brev til departementet i november 2010, heter det: *«..det er enkelte grupper som systematisk ikke får dekket sine behov for hjelp.»* Dette gjelder ifølge brevet blant annet personer som bor i egen opprinnelig bolig. At 75 prosent av kommunene i tillegg melder at de ikke vil bygge sykehjem eller omsorgsboliger i år fordi de mangler penger til drift, gjør ikke bildet lysere.

Det er bare mennesker med kunnskap, tid, empati, rimelige rammebetingelser og godt lederskap som kan gi omsorgen et verdig innhold. Les hva Inge Eidsvåg sier i en av sine åtte huskelapper om omsorg: *«Omsorgsetiske spørsmål kan ikke alltid løses ved å appellere til holdninger og individualettikk. Omsorgsetikk handler også om rammebetingelsene: Arbeidstider, vaktordninger, lønssystemer, karrierestiger, etterutdanningsmuligheter og så videre.»*

Han oppfordrer oss alle til å ha blikket rettet både mot pasienten og systemet.

Ragnhild M. Eidem Krüger

ragnhild.kruger@aldringoghelse.no



■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Depresjon hos pasienter med demens

Depresjon er en av de hyppigste samtidige psykiatriske sykdommer hos pasienter med demens. Tilstanden er verken fullgodt diagnostisert eller behandlet.

Dette fant Maria Lage Barca (bildet) i sin doktorgradsstudie «Depression in dementia among patients in Norwegian nursing homes» (1). Hun disputerte 10. desember 2010 ved Universitetet i Oslo. Det finnes få undersøkelser av pasienter med denne doble diagnosen. Lage Barca er forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i tillegg til at hun arbeider ved Hukommelsesklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Lage Barca konkluderer med at i tillegg til at depresjon er hyppig forekommende i sykehjem, er vedvarende depresjon svært vanlig. Antallet nye tilfeller av depresjon per år er høyt og depresjon fører til økt dødelighet. Hun fant at depressive symptomer hos pasienter med demens ikke er forskjellige fra pasienter uten demens. Nedsatt somatisk helse og kognitiv svikt var forbundet med depresjon i Lage Barcas studie.

To studier ble utført over en periode på to år. En sykehjemsstudie inkluderte 1 159 pasienter på sykehjem i små, medium store og store kommuner i fire norske fylker. Det ble utført en tverrsnittsstudie og en tolv måneders oppfølgingsstudie. En validitets- og reliabilitetsstudie av Cornell Skala for depresjon ved demens (2) ble utført hos 231 pasienter rekruttert fra to alderspsykiatriske avdelinger, fem sykehjem og en slagenhet på geriatrik avdeling.

Hva var det mest oppsiktsvekkende du fant?

– Til tross for at hver femte sykehjemspasient er deprimert, blir de fleste ikke diagnostisert. Depresjon var hyppigst hos dem som nettopp hadde flyttet hjemmefra, hos dem med demens og dem med dårlig somatisk helse. Depresjon var vedvarende over ett år hos om lag halvparten og førte til høyere dødelighet. Det ser ut til at antidepressiver ikke er så effektive hos pasienter med demens sammenlignet med dem uten demens.

Hvordan kan situasjonen for pasienter med demens og depresjon på sykehjem bli bedre?

– For det første må diagnostikken forbedres. Man må være oppmerksom på dem som nettopp har flyttet til sykehjem og dem med dårlig somatisk helse. Et spørreskjema som kan anvendes av sykepleierne, kan være nyttig, for eksempel Cornell Skala.

Når det gjelder behandling vil økt kunnskap om depresjon ved demens og generell demensomsorg hos personalet ha betydning. Siden det er forskjellige årsaker til demens, må man også bruke forskjellige behandlingsformer. Hos noen kan det være å få hjelp med dagliglivets aktiviteter, hos andre å drive med hyggelige aktiviteter inkludert fysisk aktivitet, og hos personer med alvorlig depresjon kan antidepressiver være effektive.

Maria Lage Barca har fått post doc-midler og forsetter å forske.

– Vi skal nå undersøke sykdomsforløp hos pasienter med Alzheimers sykdom med depresjon, sammenlignet med pasienter med Alzheimers sykdom uten depresjon. Vår hypotese er at pasienter med begge tilstandene har en raskere progresjon i sin kognitive svikt enn pasienter uten depresjon, og at diverse biologiske faktorer samhandler i prosessen knyttet til sykdomsprogresjonen.

REFERANSER

1. Barca ML (2010) Depression in dementia among patients in Norwegian nursing homes. Dissertation. University of Oslo, Faculty of Medicine.
2. Barca ML, Engedal K, Selbæk G, the Cornell Study Group (2010) A Reliability and Validity Study of the Cornell Scale among Elderly Inpatients, using Various Clinical Criteria. Dement Geriatr Cogn disord; 29:438-447.



■ Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger
Foto: Jartrud Høstmælingen

Alderspsykiatrien: En vinner ved Sykehuset Innlandet!

*Alderspsykiatrisk forskningssenter
ved Sykehuset Innlandet HF,
Sanderud, er blitt høyaktuelt som
vinner av ressurskampen innenfor
psykiatrien i helseforetaket.*

Senteret ble opprettet for 15 år siden under navnet Alderspsykiatrisk kompetansesenter. Forskere ved senteret har gjort undersøkelser som vekker interesse internasjonalt. Ikke minst gjelder dette Geir Selbæks store studie omkring sykehjemspasienter (1). Leder for forskningssenteret, Birger Lillesveen (bildet), mener det er gode grunner til at Sanderud sykehus utenfor Hamar har fått et så sterkt forskningsmiljø.

– Dette er nok ettervirkninger av Utviklingsprogram for aldersdemens som gikk fra 1990 til 1996, og som ble grunnsteinen for opprettelsen av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Da programmet ble avsluttet, fortsatte et par fagpersoner her den gode kontakten med sentrale fagfolk på Kompetansesenteret. Det hadde likevel ikke gått så bra hvis ikke ledelsen ved Sykehuset Innlandet hadde vært så positiv til vårt arbeid. Men det er en kjensgjerning at fagfolk og ildsjeler tiltrekkes seg likesinnede.

Mange jern i ilden

For andre år på rad arrangerte senteret i januar i år Demenskonferanse Innlandet i samarbeid med Fylkesmannen i Oppland og Hedmark. Undervisningen senteret driver er relatert til prosjekter. For tiden har de tolv

større og mindre prosjekter i gang, pluss tre doktorgradsstudier (se tekstboks side 6). Ett av de aktuelle prosjektene er samhandlingsprosjektet SAM-AKS. Fire sykepleiere, psykiater i 40 prosent stilling pluss prosjektleder driver prosjektet som går ut på å organisere samhandling mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten i Oppland. Prosjektet har fått samhandlingsmidler fra Helsedirektoratet og kompetansehevingsmidler fra Helse Sør-Øst. Divisjon Psykiatri ved Sykehuset Innlandet HF har dessuten satset to millioner, slik at SAM-AKS utvides til også å omfatte Hedmark. Birger Lillesveen er strålende fornøyd.

– Samtidig som Divisjon Psykiatri ved Innlandet skal spare 25 millioner kroner, øker de bevilgningen til alderspsykiatrien. Vi kan ikke tolke det annerledes enn at resultatene våre er grunn til den velviljen vi opplever. Slikt gjør oss stolte!

Usynlig gruppe

Demens&Alderspsykiatri har ved flere anledninger pekt på at alderspsykiatrien ikke er nevnt i offentlige dokumenter som Opptappingsplan for psykiatri, i planarbeidet om demens eller i statsbudsjettene de siste årene. Birger Lillesveen deler tidsskriftets bekymring.

– Det første jeg gjorde da forslaget til statsbudsjett kom i høst, var å søke på ordet alderspsykiatri. Ikke ett funn. Jeg tror én grunn er at vi fagfolk ikke har vært dyktige nok til å forklare sentrale myndigheter hva vi arbeider med. Vi må tydeliggjøre at ikke alt dreier seg om demens fordi om det gjelder eldre mennesker. En annen grunn er sannsynligvis at dette er en gruppe som ikke selv gjør seg bemerket. Mange er ensomme eldre som sitter alene med sin depresjon og sin angst. De færreste har noen som kan kjempe deres sak. Et resultat av denne usynligheten er at mange kommuner ikke prioriterer psykiatriske helsetjenester til eldre.

Hva kan skape nødvendig endring?

– Vi har startet i det små. I februar satte vi i gang et lite prosjekt i Tynset. Det er dannet en nettverksgruppe av folk som arbeider med psykisk helse i kommunehelsetjenesten og folk som gir tjenester til eldre, pluss fastlegene. I prosjektet skal pasientene kartlegges ut fra diagnose, behov for hjelp og hvilken hjelp og behandling

de mottar. På den måten vil vi synliggjøre de alders-psykiatriske pasientene for alle grupper som jobber i kommunehelsetjenesten. Dette håper vi kan bli en modell for andre kommuner.

Departementet må på banen!

Helse- og omsorgsdepartementet sa senest i forrige nummer av Demens&Alderspsykiatri at psykiatriske helsetjenester for voksne er for alle, uansett alder. Hva er din erfaring?

– Sønn er ikke virkeligheten. Jeg møter folk som arbeider i psykiatriske team og som sier at de ikke kan prioritere eldre. Men hvem har bestemt det? Ofte er det bare blitt sånn! Det er et stort tankekors at eldre med psykiske lidelser faller mellom alle stoler. Departementet burde undersøke systematisk hvor mange eldre pasienter de psykiatriske teamene i store, mellomstore og små

kommuner gir tjenester til. Fastlegene er også en viktig kilde til opplysninger om hva pasientgruppen trenger og hva de faktisk mottar av hjelp og behandling.

Hvordan ser du på de neste ti årene for alderspsykiatrien i Norge?

– For å få til en positiv utvikling må vi stimulere forskningen. Det finnes noen iherdige forskere, men vi trenger flere. Samtidig trenger vi flere gode klinikere. I ti-femten år har jeg håpet at alderspsykiatri skulle bli en del av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Det hadde gitt hele feltet et løft. Når vi ser hva Kompetansesenteret har fått gjort på demensfeltet, er det tydelig at et stabilt fokus fører til resultater. Når dette fokuset mangler – også fra helsemyndighetenes side – blir fagfeltet mindre synlig. Direktoratet og departementet må på banen også for alderspsykiatrien.

:fakta

Doktorgradsprosjekter ved Alderspsykiatrisk forskningssenter per 1. januar 2011:

Eivind Aakhus:

TICD Tailored implementation for chronic disorders – Depression in the elderly

Tom Borza:

Prognosis of depression in the elderly (PRODE)

Sverre Bergh:

Demens Seponerings Studie (DESEP)

(Kilde: B. Lillesveen)

REFERANSE

1. Selbæk G (2008) Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Norwegian nursing homes - prevalence, course and association with psychotropic drug use. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet.

Les også intervju med assisterende helsedirektør Geir Sverre Braut side 15.



■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Større konkurranse om personell

Den andre demenskonferansen for Innlandet (Hedmark og Oppland) gikk av stabelen i Hamar 20.-21. januar 2011 med 250 påmeldte. Det var representanter fra 32 kommuner, kommunale eldreråd, pensjonistforeninger og flere avdelinger ved Sykehuset Innlandet blant deltakerne. Arrangører var Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet og Fylkesmennene i Oppland og Hedmark.

Statssekretær Ragnhild Mathisen (bildet) fra Helse- og omsorgsdepartementet tok opp temaet «Framtidens utfordringer i demensomsorgen.»

Vi spurte henne hvordan myndighetene vil løse utfordringen med at vi vil mangle 40 000 pleiere i helse- og omsorgstjenesten om tyve år?

– Det må satses mer på forebyggende og helsefremmende arbeid. Politikerne i kommunene må tenke helse i alt de gjør fremover. Nå må hver sjette ungdomsskoleelev inn i pleie- og omsorgssektoren for å dekke behovet, i 2025 må hver fjerde gjøre det, og i 2035 må hver tredje inn. Da må vi gjøre det interessant og spennende, satse på kompetanseoppbygging og ha gode fagmiljøer. Vi må konkurrere om personell innad i Norge, i tillegg til å åpne for arbeidskraft utenfra.



■ Minna J. Hynninen, doktorgradstipendiat og psykolog,
Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Poliklinikk

Når verden blir uforståelig og skremmende:

Angst hos mennesker med demens

«Angst er en hyppig plage hos personer med demens og kan ofte være en direkte eller indirekte konsekvens av demenssykdommen. Det er likevel ingen grunn til å la være å behandle angsten.»

Det er en stor påkjenning å føle at hukommelsen begynner å svikte og hodet ikke lenger fungerer godt nok. Mange personer med demens får også psykiske tilleggssymptomer. Særlig i de siste 20 årene er det blitt forsket på depresjon ved demens, mens angst i denne pasientgruppen inntil nylig har fått mindre oppmerksomhet. Dette til tross for at angst har vist seg å ha en rekke alvorlige konsekvenser for mennesker med demens. Det gir seg blant annet utslag i redusert fungering i dagliglivet (1), økt avhengighet (2) og økt risiko for sykehjems plassering (3). Dette antyder at angst hos mennesker med demens også er knyttet til økt pårørendebelastning. Artikkelen tar opp psykologiske forklaringsmodeller, identifisering og ikke-medikamentell behandling av angst ved demens. Medikamentelle behandlingstiltak kan enkelte ganger være aktuelle (4), men nærmere gjennomgang av slike tiltak faller utenfor rammen av denne artikkelen.

Forekomst

Forekomsten av angstlidelser ved demens har variert fra 17 til 38 prosent i ulike studier (5), og generalisert angstlidelse (GAD) har vist seg å være den hyppigste angstlidelsen. GAD defineres som uttalt bekymring, angst, nervøsitet og anspenhet de fleste dager i minst seks måneder. I tillegg til spesifikke angstlidelser kan langt flere med demens ha betydelige angstsymptomer som ikke tilfredsstiller diagnostiske kriterier for en angstlidelse. I litteraturen har forekomsten av slike symptomer vært varierende, med funn opptil 70 prosent (6). Forekomsten av angst ser ut til å være relativt stabil på ulike stadier av demens, med en reduksjon i terminalfase (6). Dette kan ha sammenheng med at pasientene da ikke klarer å gi uttrykk for sine symptomer på samme måte som tidligere, på grunn av omfattende kognitiv og kroppslig svekkelse (7). Enkelte studier har funnet en høyere forekomst av angst ved vaskulær demens sammenlignet med Alzheimers sykdom (2, 8), mens andre ikke har funnet forskjeller mellom ulike demensformer (9).

Psykologisk forståelse av angst ved demens

Mange eldre med en angstlidelse har hatt angstplager tidligere i livet. Angst kan også oppstå i eldre år når individet prøver å tilpasse seg stressende hendelser og sårbarhet som ofte er en del av aldringsprosessen: kronisk sykdom, kognitiv svekkelse og tap av ulik art. Frykt og angst har evolusjonært sett en viktig funksjon for overlevelse og kan sees som forsvarsmekanismer som forbereder kroppen på kamp eller flukt fra en farlig situasjon eller et farlig objekt. Angst og frykt er normale reaksjoner på situasjoner som oppleves som truende. Frykt brukes gjerne hvis faren er konkret, mens angst er ofte mer diffust eller dreier seg om mulige trusler. Angst

kan bli et problem dersom den er betydelig overdreven i forhold til en reell trussel og hemmer et normalt liv. Demenssykdom kan ramme strukturer i hjernen som normalt kontrollerer fryktreaksjoner, og som en konsekvens vil individet ha større risiko for å utvikle angst.

Hverdagshendelser

Hos personer med demens er evnen til å bearbeide informasjon svekket. Den gradvis økende kognitive svikten vil påvirke hvordan individet oppfatter omgivelsene og mestrer utfordringer og potensielle trusler. Når sykdommen utvikler seg, kan til og med kjente omgivelser og dagligdagse hendelser fremstå som farlige eller truende til tider, og en kan reagere med angst og bekymring når en ikke makter å ha oversikt i hverdagen. Den eldre kan bekymre seg for å ha glemt noe viktig, som å slå av komfyren eller å handle inn mat. Enkelte har opplevd å plutselig bli «tom» i hodet og ikke kjenne igjen omgivelsene eller huske hvor de skulle, og kan være redde for at dette vil skje igjen. Mange opplever angst i situasjoner når de har dårlig tid. Enkelte ganger kan angsten ha sin kilde i en reell trussel eller fare. Mange eldre som opplever at kroppen blir skrøpelig, er redde for å falle og skade seg for så å bli liggende uten å kunne tilkalle hjelp. Noen ganger vil dette føre til at den eldre blir mer passiv eller redd for å være alene, og vil klamre seg til pårørende for å føle trygghet. I slike tilfeller er det ikke nødvendigvis en irrasjonell frykt som er problematisk ved angsten, men heller redusert evne til å mestre utfordringer og finne konstruktive løsninger.

Mestring

Særlig tidlig i demensforløpet kan angst være knyttet til en redsel for ikke å mestre, følelse av å miste kontrollen, samt frykt for fremtiden. For en person med svikt i hukommelse og orienteringsevne vil verden virke mer uforutsigbar og til tider kaotisk. Det blir vanskeligere å ha tillit til egen mestringsevne, og fremtiden kan virke truende med utsikter til økende funksjonssvikt og avhengighet av andre (10). Angst kan også knyttes til sykdomsinnsikt; personer med bevart innsikt i sin kognitive svikt opplever ofte mer angst (6). Senere i demensforløpet kan angst ha sammenheng med sviktende tids- og stedsorientering. Dysfunksjonell atferd eller «atferdsproblemer», som klamring, masing eller agitasjon, kan ofte forstås som forsøk på å mestre en verden som ikke lenger henger sammen. Miesen (11) har forklart engstelig atferd hos personer med mer alvorlig kognitiv svikt ved hjelp av tilknytningsteorien: Når et menneske med alvorlig demens spør etter foreldre, er det først og fremst et uttrykk for angst. Personen ønsker trygghet og trøst fra de opprinnelige trygge tilknytningspersoner når omgivelsene i nåtiden blir ukjente og uforståelige. Økte krav til nærhet kan også forstås som uttrykk for utrygghet. Det å søke trygghet hos andre når en står overfor en skremmende og ukjent livssituasjon, er et universelt fenomen for alle mennesker uansett alder (12).

«Det er ofte særlig krevende å skille mellom depresjon og angst.»

Traumer

En demenssykdom kan føre til at symptomer på post-traumatisk stress som tidligere har vært under kontroll, blir mer fremtredende når individets kognitive kapasitet blir svekket. I følge kasusstudier kan mennesker med traumatiske opplevelser få en økning i angst, traumelaterte mareritt og fysiologisk hyperreaktivitet¹ etter demensutvikling, selv om de tidligere ikke har hatt slike symptomer (13). Personer med demens som har opplevd traumatiske hendelser kan møte en rekke traumerelaterte stimuli eller triggere i omgivelsene. Disse kan utløse angst eller andre symptomer på posttraumatisk stress. Avhengig av den traumatiske opplevelsen kan for eksempel nyheter på fjernsyn om krig eller ulykker, høye lyder eller lyder av mennesker i nød være slike utløsere. Ofre for fysiske eller seksuelle overgrep kan oppleve stellesituasjoner eller fysisk kontakt som truende, eller få «flashback» og gjenoppleve den traumatiske hendelsen i nåtiden. Kognitivt sårbare individer kan feiltolke nøytrale stimuli som traumerelaterte og i mindre grad være i stand til å bruke sine tidligere mestringsstrategier, som avledning eller unngåelse av traumatiske minner (14).

Identifisering og kartlegging

Det er grunn til å anta at angstlidelser hos personer med demens, akkurat som hos kognitivt friske eldre, sjelden blir diagnostisert. En av årsakene til dette er at det kan være vanskelig å identifisere angst hos mennesker med demens. Agitasjon som er et vanlig atferdssymptom ved demens, og depresjon hos eldre, er vanskelig å skille fra angst. Svekket hukommelse kan være tegn på angst eller demensutvikling. I tillegg kan bekymring eller frykt hos den eldre være realistisk eller overdreven, avhengig av situasjonen. Det er ofte særlig krevende å skille mellom depresjon og angst, på grunn av høy grad av samsykelighet (60-80 prosent) og sammenfallende symptomer. Dette kan antyde at angst og depresjon hos mennesker med demens ikke nødvendigvis er separate kliniske tilstander.

Angst hos personer med demens kan manifestere seg gjennom kognitive, atferdsmessige eller somatiske symptomer (Tekstboks 1). Kognitive symptomer på angst tar som oftest form av spesifikke trusselrelaterte tanker som gjentas igjen og igjen. Overdreven bekymring som er vanskelig å kontrollere, er et vanlig kognitivt angstsymptom som kan gi en viktig pekepinn i forhold til differensial diagnostisk vurdering, særlig med tanke på å skille mellom angst og demenssymptomer. Pårørende eller andre omsorgspersoner har ikke alltid kjennskap til pasientens engstelige tanker eller bekymringer. Derfor er det viktig å stille spørsmål om eventuelle bekymringer direkte til pasienten, om mulig. Pasientens egen opplevelse kan også gi en indikasjon på hvorvidt eksempelvis motorisk uro dreier seg om angst eller agitasjon.

¹ Symptomer på økt stress eller kroppslig aktivisering, som søvnvansker, skvettenhet eller økt vaktksomhet.

Tekstboks 1

Symptomer som kan være uttrykk for angst hos mennesker med demens

Kognitive symptomer

- Engstelige tanker
- Overdreven bekymring over for eksempel:
 - Fysisk helse
 - Kognitive prestasjoner (sviktende hukommelse, går seg bort ute osv.)
 - Økonomi
 - Familiemedlemmer eller familieproblemer
 - Små ting (søker oppmerksomhet ved å fokusere på bagateller)
- Indre uro

Somatiske symptomer

- Skjelving
- Motorisk spenning (klager over hodepine eller andre fysiske plager)
- Søvnforstyrrelser
- Utmattelse, tretthet
- Autonomiske symptomer (svetting, hetetokter, svimmelhet, hyperventilering, munntørrhet, hjertebank)

Atferdssymptomer

- Irritabilitet
- Rastløshet (nervøs uro, vandring, plukking)
- Tilbaketrekking (isolasjon)
- Økt avhengighet og klamring
- Skremt (anspent og «på tuppa»)
- Overfølsom for lyder (skvetter lett, lettskremt)
- Rigiditet i atferd

Ulike typer kognitiv svikt kan gi utslag i ulike manifestasjoner av angst: En pasient med eksekutive² vansker kan oppleve angst i forbindelse med situasjoner som krever planlegging eller delt oppmerksomhet, mens en pasient med hukommelsessvikt kan ha bekymringer som først og fremst er knyttet til sosiale situasjoner og relasjoner. Kognitive symptomer på angst, som bekymring, er ofte assosiert med større innsikt og kan indikere en god prognose for psykologisk behandling. Hos pasienter med alvorlig grad av demens eller med språksvikt kommer angsten i mange tilfeller til uttrykk gjennom atferdsmønstre, noen ganger som fysisk aggresjon.

Det finnes få instrumenter som er egnet til å kartlegge angst hos personer med demens. I følge Seignourel et al. (6) er angstskaalen i Neuropsychiatric Inventory (NPI) (15) og Rating Anxiety in Dementia (RAID) (16) blant de best egnede instrumenter som er tilgjengelige i dag. Svakheten med NPI er at kun pårørende eller omsorgsgivere brukes som informanter, og dermed får en ikke informasjon om pasientens egen opplevelse. I RAID samles det informasjon om pasientens symptomer i de siste to uker fra alle tilgjengelige kilder, inkludert pasient og pårørende, klinisk observasjon og pasientjournal. For hvert ledd i skalaen blir det bestemt en skåre på grunnlag av all tilgjengelig informasjon. Skalaen har 18 ledd som skåres fra 0 (symptom fraværende) til 3 (alvorlig), og en skåre på 11 eller høyere indikerer klinisk signifikant angst. Skalaen har tilleggsspørsmål om fobier og panikkangst.

En viktig del av utredningen er å skaffe opplysninger om andre sykdommer og bruk av medikamenter, som også kan være årsak til angstsymptomer. Med tanke på utforming av senere behandlingstiltak bør en stille spørsmål om når og hvor angsten oppstår (er den knyttet til spesifikke situasjoner?), hvilke konsekvenser angst og angstrelatert atferd har for pasient og pårø-

ende, pasientens bakgrunnshistorie og eventuelle traumatiske opplevelser, og hvorvidt det er andre faktorer som kan bidra til stress og emosjonelt ubehag hos pasienten.

Behandling og forebygging

Ubehandlet angst hos personer med demens kan ha flere negative konsekvenser for pasient og pårørende. Angst kan øke vansker med hukommelse og konsentrasjon, føre til økt isolasjon og redusert stimulering, samt til redusert livskvalitet for pasienten. Pårørende opplever ofte betydelig økt belastning og stress. Selv om eldre med kognitiv svikt altfor ofte er blitt ekskludert fra behandlingsstudier, finnes det i dag i økende grad støtte for at personer med demens kan ha nytte av ulike typer ikke-medikamentelle intervensjoner. I nyere litteratur blir slike intervensjoner anbefalt som første valg for behandling av atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) (17).

Aktiv og regelmessig oppfølging av pasienten og pårørende med støtte til mestring av demenssykdommen kan være et nyttig tiltak for å forebygge angstlidelser. Samhandlingstiltak i allmennpraksis («collaborative care management») som er formet etter publiserte behandlingsveiledere for demens ved Alzheimers sykdom, har vist seg å redusere pasientenes atferdsmessige og psykologiske symptomer, samt pårørendestress (18). For å være effektive, bør slike tiltak bygge på en pasient-sentrert tilnærming. De viktigste komponentene er informasjon og støtte til pasient og pårørende, koordinering og oppfølging av hjelpetiltak og omsorgstjenester, og til en viss grad også praktisk hjelp (19). Støttetiltak kan bestå av blant annet emosjonell støtte og rådgivning til pasienten, samt veiledning til og opplæring av pårørende eller omsorgsgivere.

Skreddersydd intervensjon

I behandling av angst hos personer med demens er det nødvendig å tilpasse og skreddersydd intervensjoner til

«Medikamenter kan være årsak til angstsymptomer.»

²) Eksekutive funksjoner er lokalisert i frontale områder i hjernen, og regulerer atferd og utførelse av komplekse handlinger.

pasientens kognitive kapasitet og ressurser, og ta hensyn til individuelle behov. Figur 1 skisserer sammenhenger mellom symptom-bilde, grad av innsikt og type intervensjon (20). Ved mer alvorlig demens kommer angsten som oftest til uttrykk gjennom atferdssymptomer, og tilstanden er preget av manglende innsikt. Da kan det være hensiktsmessig å legge vekt på miljøtiltak som gir trygghet og forutsigbarhet for pasienten, og som kan øke pasientens livskvalitet og redusere stress og belastning hos omsorgsgivere. I institusjoner bør det vektlegges å gi passende mengde stimulering og skape et oversiktlig og beroligende miljø (for eksempel ved å sørge for tilstrekkelig belysning eller ved å fjerne stimuli som skaper angst).

Mennesker med mild til moderat demens har ofte flere kognitive angstsymptomer. Avhengig av grad av innsikt kan de benytte seg av samtaleterapi eller andre psykologiske intervensjoner for mestring av angst. Det er verdt å merke seg at de fleste mennesker med demens befinner seg et sted mellom de to ytterpunktene, og atferdsterapeutiske tiltak kan benyttes for et vidt spektrum av pasienter.

Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) har vist seg å være en effektiv behandling av angst hos kognitivt friske eldre. Per i dag finnes det ikke randomiserte kontrollerte forsøk med KAT for personer med demens, men mindre kliniske studier og kasusstudier kan vise til lovende resultater (21-22). I en studie av Paukert et al. (22) ble det prøvd ut en kognitiv atferdsterapeutisk behandlingsmodell for angst hos mennesker med mild til moderat demens. Behandlingsmodellen bestod av KAT-komponenter som brukes i behandling av GAD og depresjon hos eldre (registrering av symptomer, avspenning, kognitive teknikker, søvnhygiene, atferdsaktivering) i tilpasset format. I tillegg ble det brukt empirisk baserte teknikker for å støtte innlæring og hukommelse hos mennesker med kognitiv svikt. Behandlingen foregikk over tre måneder med ukentlige møter med pasient, pårørende og terapeut til stede, etterfulgt av regelmessig telefonkontakt i tre måneder. Pårørende hadde en aktivt deltakende rolle i behandlingen som terapeutens medhjelpere. Åtte av ni deltakere fullførte behandlingsforløpet og rapporterte tilfredshet med intervensjonen

og reduksjon i symptomer på angst, depresjon og pårørendestress. En har ikke funnet negative effekter av KAT for personer med demens (23). Det understrekes likevel at intervensjoner må tilpasses slik at de ikke øker følelse av ydmykelse eller mislykkethet hos pasientene (Ibid.).

Musikk, bevegelse og andre tiltak

Andre typer ikke-medikamentelle intervensjoner som kan redusere angst er blant annet musikkterapi (24) og fysisk aktivitet (25). I tillegg til miljøterapeutiske intervensjoner er disse intervensjonene gjennomførbare også for pasienter med alvorlig demens og/eller språksvikt. Omsorgsgivere kan lette angsten ved å forsøke å forstå den underliggende årsaken til at pasienten er engstelig, for så å sette i gang tiltak som vil fjerne eller redusere kilden til angst (26). Ubehandlet smerte kan komme til uttrykk som angstsymptomer og kan ofte lettes med smertebehandling. Delirium er vanlig hos sykehjemspasienter med flere somatiske sykdommer og en rekke legemidler for disse, og er en annen viktig årsaksfaktor for angst som kan behandles (7). Angst er også vanlig etter flytting eller i forbindelse med endringer i rutiner som reiser eller å ha besøk. Forenklede rutiner og omgivelser vil kunne redusere angsten, i tillegg til at pasienten blir møtt på en empatisk og beroligende måte. Aktiv lytting til pasienten ved hjelp av omformulering og gjentakelse av pasientens ord og setninger kan bidra til at pasienten føler seg forstått, noe som igjen kan virke beroligende. Hos pasienter med språksvikt kan observasjon av kroppsspråk være til hjelp for å avklare årsaken til angst.

Angst kan behandles!

Angst er en hyppig plage hos mennesker med demens og kan ofte være en direkte eller indirekte konsekvens av demenssykdommen. Det er likevel ingen grunn til å la være å behandle angsten eller anta at eldre med kognitiv svikt ikke kan ha nytte av behandling. Nyere forskning viser at psykologisk behandling kan ha effekt også for personer med demens, og ikke-medikamentelle tiltak bør forsøkes først for behandling av angst og andre atferdsmessige og psykologiske symptomer.

■ minna.hynninen@psykp.uib.no

Figur 1

Valg av terapeutisk intervensjon sett i forhold til symptomer og innsikt



REFERANSER

1. Teri L, Ferretti LE et al. (1999) Anxiety in Alzheimer's disease: Prevalence and comorbidity. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences 54: M348-M52.
2. Porter VR, Buxton WG et al. (2003) Frequency and characteristics of anxiety among patients with Alzheimer's disease and related dementias. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences;15:180-6.
3. Gibbons L, Teri L et al. (2002) Anxiety symptoms as predictors of nursing home placement in patients with Alzheimer's disease. Journal of Clinical Geropsychology; 8: 335-42.
4. Alzheimer's Society. Factsheet 408. Dementia: drugs used to relieve depression and behavioural symptoms. 2008. http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=110. (13.11.2010)
5. Ballard CG, Boyle A et al. (1996) Anxiety Disorders in Dementia Sufferers. International Journal of Geriatric Psychiatry 11: 987-90.
6. Seignourel PJ, Kunik ME et al. (2008) Anxiety in dementia: A critical review. Clinical Psychology Review; 28:1071-82.
7. Selbæk G (2005) Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Tidsskrift for Den norske Legeforening; 125:1500-2.
8. Ballard C, Neill D et al. (2000) Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations Journal of Affective Disorders; 59: 97-106.
9. Lyketsos CG, Steinberg M et al. (2000) Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County study on memory in aging. American Journal of Psychiatry; 157: 708-14.
10. James I (1999) Using a cognitive rationale to conceptualize anxiety in people with dementia. Behavioural and Cognitive Psychotherapy; 27: 345-51.
11. Miesen BML (1993) Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and bowly's attachment theory. International Journal of Geriatric Psychiatry 1; 8:147-53.
12. Engedal K, Haugen PK et al. (2005) Demens fakta og utfordringer: en lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
13. Johnston D (2000) A series of cases of dementia presenting with PTSD symptoms in World War II combat veterans. Journal of the American Geriatrics Society; 48: 70-2.
14. Cook JM, Ruzek JI et al. (2003) Possible association of posttraumatic stress disorder with cognitive impairment among older adults. Psychiatric Services; 54: 1223-5.
15. Cummings JL, Mega MS (1994) et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology ; 44: 2308-14.
16. Shankar KK, Walker M et al (1999) The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). Aging & Mental Health; 3: 39-49.
17. Douglas S, James I et al (2004) Non-pharmacological interventions in dementia. Advances in Psychiatric Treatment; 10:171-9.
18. Callahan CM, Malaz A et al (2006) Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care. A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Association; 295: 2148-57.
19. Verkade P-J, van Meijel B et al (2010) Delphi-research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. BMC Geriatrics;10.
20. Garde V (2010) Managing anxiety symptoms in dementia. http://www.alzheimers.org.au/.../Managing_anxiety_symptoms_in_dementia.ppt.ppt. (05.10.2010).
21. Koder DA (1998) Treatment of anxiety in the cognitively impaired elderly: can cognitive-behavior therapy help? International Psychogeriatrics;10:173-82.
22. Paukert AL, Calleo J et al (2010) Peaceful Mind: an open trial of cognitive-behavioral therapy for anxiety in persons with dementia. International Psychogeriatrics; 22:1012-23.
23. NICE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG042NICEGuideline.pdf> (05.10.2010).
24. Guetin S, Portet F (2009) et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomized controlled study. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders; 28: 36-46.
25. Edwards N, Gardiner M et al. (2008) Effect of exercise on negative affect in residents in special care units with moderate to severe dementia. Alzheimer Disease and Associated Disorders; 22: 362-8.
26. Alzheimer's Association (2010) How to respond when dementia causes unpredictable behaviors; 2010. http://www.alz.org/living_with_alzheimers_behaviors.asp (05.10.2010).

Demensinfo.no

Helsedirektoratets erfaringsportal om demens

På nettsiden finnes opplysninger om og oversikt over kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester, medisinsk behandling, miljøbehandling, bolig og uteareal, tilbud til pårørende, tilbud i samiske områder, kunnskap om demens og lover og regler. Innenfor de forskjellige områdene finnes et vell av eksempler fra norske kommuner

Nettstedets mål er å informere og inspirere til etablering av gode tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens.

www.demensinfo.no



Nok prat – tid for handling

Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger Foto: Jartrud Høstmælingen

Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Fotfolket er bekymret!



Lege Lorentz Nitter

Tema for konferansen var Tid for handling, og i sitt foredrag *Demensplanen og veien videre*, tok lege Lorentz Nitter i Moss kommune bladet fra munnen. Han mener at virkeligheten i mange kommuner er fjernt fra det som skisseres i planen. Lorentz Nitter har selv ti års erfaring med utredning av demenspasienter, og har ved flere anledninger ropt varsku om forholdene. Det gjorde han også denne gangen:

- «Fotfolket er bekymret og opplever at demensarbeidet i kommunene ligger med brukket rygg.»
- «Dagsentre er bra, men kommuner både truer med å legge ned, og legger ned, fordi tjenesten ikke er lovpålagt.»
- «Hvis vi hadde behandlet kreftpasienter like dårlig som vi behandler pasienter med demens, ville vi fått en advarsel fra Helsetilsynet!»
- «Det foregår mye positivt på opplæringsiden, blant annet gjennom ABC-kursene. Men kunnskapen blir ikke implementert. Hvor blir det av kunnskapsoverføringen innad i kommunene?»

Har du meninger om punktene?
Skriv til tidsskriftet@aldringoghelse.no

Stor risiko for feildiagnoser blant minoritetsetniske grupper

Kulturuavhengige demenstester finnes ikke, hevdet nevropsykolog Rune Nielsen fra Rigshospitalet i København i sitt foredrag. Hvis demensdiagnoser stilles på bakgrunn av MMSE (Mini Mental State Examination) og klokke-test alene, er det stor fare for overdiagnostikk blant personer med minoritetsetnisk bakgrunn. Men det er mulig å gjennomføre valid tverrkulturell testing hvis kultur- og utdannelsesreduserende instrumenter benyttes, sa Nielsen.

Han har ett år igjen av sitt treårige forskningsprosjekt blant eldre tyrkiske innvandrere, og er den første i Danmark (og en av de første i Europa) som går inn i dette feltet. I 2012 regner han med å ha ferdig et testbatteri for eldre tyrkere, basert på utprøving av tolv ulike tester. Deretter inngår han samarbeid med den norske legen Peter Wetterberg, som skal utvikle tester for eldre pakistanere i Norge.

Mange utfordringer

– Det er vesentlige utfordringer ved demensdiagnostikk av pasienter fra minoritetsetniske grupper, sier Nielsen. I hans materiale på 80 eldre tyrkiske innvandrere er 34 prosent analfabeter, og 38 prosent kan ikke snakke dansk. Problemstillinger som da dukker opp er at man med liten eller ingen skolegang lettere husker i bilder enn ord.



Nevropsykolog
Rune Nielsen



dling

– Bilder kalles dessuten ikke alltid det de fremstiller. Videre har personer uten skolegang problemer med å gjøre korrelerende håndbevegelser, for eksempel åpne den ene hånden mens man lukker den andre. Og selv om man i utgangspunktet kan tolke urskiven, får man lavere skår på klokketesten jo mindre skolegang man har.

Rune Nielsen forteller at mange minoritetsgrupper ser på hukommelsesproblemer som en naturlig del av alderdommen. Flere språk har ikke et eget ord for demens, og det er mange som ikke har mulighet til å tilegne seg viten om demens. Dette har ulike årsaker, som at de ikke snakker språket i landet der de bor, eller at de er analfabeter. De pleies oftere hjemme av familien og kommer ikke i kontakt med helsevesenet, og det er et sterkt stigma forbundet med demens.

– Symptomer på demens er like uansett etnisk gruppe/rase, men risikoen for utvikling av demens er større i noen minoritetsetniske grupper. Forekomsten av diabetes, overvekt, røyking, for høyt blodtrykk, lavere utdannelsesnivå og sosioøkonomisk status er større i noen minoritetsetniske grupper og gir uansett bakgrunn økt risiko. Flere studier antyder at jo mer vi bruker intellektet, jo mer holdes sykdommen på avstand, uansett kultur, sier Nielsen.

Stadig flere

Det er et økende antall eldre med minoritetsetnisk bakgrunn både i Norge og Danmark. Det vil være et stigende behov for utredning, behandling og pleie av personer med demens fra disse gruppene.

– Pasienter fra minoritetsetniske grupper er underrepresentert i utredning, behandling og pleie av demens. Dette kan skyldes begrenset viten om demens, språklige og kulturelle barrierer, samt samfunnsmessige og kulturelle forhold, sier Nielsen.

Det manglet verken vyer eller spennende foredragsholdere fra inn- og utland under Demensdagene 2010, 25. og 26. november. Vel 700 deltakere fra hele landet fylte salene i Oslo kongressenter. Plenumsesjonene handlet blant annet om forebygging av demens, eldres rettigheter, utfordringer i helsetjenesten til eldre, depresjon ved Alzheimers sykdom og psykose hos gamle. De syv symposiene tok blant annet opp legemiddelbehandling av sykehjemspasienter, yngre personer med demens, samhandling, miljøbehandling, etiske utfordringer og etikkarbeid.

:fakta

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at de største minoritetsetniske grupper i Norge er innvandrere fra Polen, Pakistan, Irak, Somalia, Vietnam, Bosnia-Hercegovina, Iran, Tyrkia, Sri Lanka og Russland.

Antallet eldre innvandrere fra Øst-Europa, Afrika, Asia og Latin-Amerika vil stige markant de kommende år. I 2010 anslås tallet til 16 002, i 2020 vil det være 51 164 og i 2040 anslås det 108 447 personer.

Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Hjelpemidler for yngre med demens: Samhandling er viktig!

– Selv om vi ser frem til å lære mer om bruk, nytte og betydningen av de foreslåtte hjelpemidlene, er det samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune som er utfordringen.

Det sa ergoterapeut Linda Gjøre i sitt innlegg på Demensdagene i Oslo i november. Gjøre er prosjektleder for prosjektet «Bruk og nytte av hjelpemidler for yngre personer med demens».



Ergoterapeut
Linda Gjøre

– Personer med demens som er under 65 år skal utredes av spesialisthelsetjenesten, mens kommunen skal overta oppfølgingen etter hvert, forteller Linda Gjøre.

Finnes det faste rutiner for oppfølging?

– Hvis en sykdom eller skade har varighet i over to år har man krav på nødvendige hjelpemidler via Hjelpemiddelsentralen. I dette prosjektet har vi sett at noen kommuner ikke har utredet og kartlagt de praktiske behovene, søkt om nødvendige hjelpemidler og fulgt

opp at de fungerer. På den andre siden er dette ikke så enkelt for kommunene dersom de ikke får nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten. Det er ofte kommunens ergoterapeut som søker om hjelpemidler og følger opp dette, så kanskje det er mangelfull informasjon fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes ergoterapeuter som gjør at hjelpemiddelbehovet ikke blir vurdert. Kanskje kan fastlegene også henvise til kommunens ergoterapeut når de får informasjon fra spesialisthelsetjenesten om demensdiagnose på en av sine pasienter.

Gjøre forteller at mens man fra forskning vet at eldre personer med demens har nytte av hjelpemidler, finnes det ikke forskning rundt dette på yngre personer med demens. Derfor er dette prosjektet spesielt aktuelt.

Har yngre personer med demens nytte av andre typer hjelpemidler enn de eldre?

– Det skal prosjektet forsøke å svare på. Men om et hjelpemiddel er nyttig eller ikke, har sjelden noe med alder å gjøre. En individuell vurdering må tas i alle tilfeller. Først i slutten av 2011 vil vi vite om hjelpemidlene vi nå prøver ut egner seg spesielt godt for denne gruppen.

Gjøre tror at prosjektet vil skape økt kunnskap om hvordan man kan få til en god plan for å systematisere prosessen omkring vurdering, implementering og oppfølging av hjelpemidler for yngre personer med demens. Når det er på plass, har man nådd en av mange viktige milepæler.

:fakta

- Prosjektet «Bruk og nytte av hjelpemidler for yngre personer med demens» er delprosjekt 3 i Utviklingsprogram om yngre personer med demens, 2009-2011.
- Alle delprosjektene under Utviklingsprogram for yngre personer med demens er beskrevet på www.aldringoghelse.no

Kryss av i kalenderen:

Demensdagene 2011 finner sted 29.-30. november i Oslo kongressenter.

Konferansen søkes godkjent for leger, psykologer, sykepleiere, ergoterapeuter, hjelpepleiere, omsorgs- og fagarbeidere. Andre relevante yrkesgrupper må selv søke sine fagorganisasjoner om godkjenning etter endt kurs.



Anne Brækhus

Leger og førerkortvurdering – en utfordring



For å få lov til å kjøre bil må man oppfylle ulike helsekrav. Leger har en sentral rolle i denne helsevurderingen, da de skal avgi medisinsk-faglige erklæringer som sakkyndige. Forfatterens erfaring, basert på egne og andres opplevelser samt publiserte studier, er at mange leger synes dette arbeidet er vanskelig. Det gjelder både den faglige vurderingen og risikoen for å ødelegge et godt og langvarig lege-pasientforhold dersom legen påviser helsemessige forhold som medfører tap av førerkort.

Det daværende Sosial- og helsedirektoratet ga i 2007 prosjektmidler til Ullevål sykehus, Geriatrik avdeling, til prosjektet «Kartlegging av behov for trafikkmedisinsk ekspertise ved vurdering av kjøreferdigheter».

kr. 160,- | 60 sider | 2010 | ISBN 978-82-8061-144-4



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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

Tekst og foto: Ragnhild M Eidem Krüger

Utfordringer i kø

I sitt innlegg «Utfordringer i helsetjenesten til eldre, i dag og i fremtiden» pekte assisterende direktør Geir Sverre Braut i Statens helsetilsyn på en rekke svakheter i dagens system.

– For lite fokus på faglig styring og gjensidig læring er et generelt fenomen i norsk helsevesen.



Ass. direktør
Geir Sverre Braut

blir sittende hjemme alene, mange får ikke god nok kontroll med sin medikamentbehandling, noen får overdosering med beroligende medikamenter. Det slår meg at det ikke er særlig stor faglig interesse for disse problemstillingene. Det samme gjelder bruk av nevroleptika. Hvorfor ser ikke helsepersonell i større grad på sammenhengene: Kunne medikamentbruken vært mindre hvis man brukte psykiatrisk hjemmesykepleie i flere tilfeller? Slike viktige vurderinger ser Helsetilsynet lite av.

Læring, lederansvar og faglig anstendighet

Hva tenker du konkret på med gjensidig læring?

– Enkeltpersoner kan gå på kurs og lære mye, men hvordan tilføre et helt arbeidsfelleskap ny kunnskap? Hvordan oppgradere et helt arbeidslag til å tenke nytt om demensutredning? Hvordan oppgradere alle ledd i kommunehelsetjenesten til å føle uro over at personer blir innlagt i sykehjem med «demens» som årsak, men uten å være utredet? En del fagfolk vil reagere, men systemet i seg selv reagerer ikke. Mange vet mye om demensutredning i dag, men kunnskapen er ikke satt i system lokalt. Det er et lederansvar.

Det finnes leger som fremdeles ikke ser noen hensikt i å sette i gang demensutredning av 80 år gamle Olga som har begynt å huske dårlig. Kan de ha rett i det?

– Nei, for hvordan kan de da vite om det faktisk er en demensutvikling hos Olga, og ikke en hjernesvulst i utvikling? Skulle det være en diabetes type 2 som lå bak forvirringen, ville det være mishandling av Olga ikke å finne det ut og gi henne relevant behandling. Vi snakker om faglig anstendighet.

Mye kunnskap blir ikke brukt

I sitt innlegg på Demensdagene sa Geir Sverre Braut at det finnes mye kunnskap hos ansatte i helsevesenet, men ikke alle får bruke det de kan. Dette ser han også som et lederansvar.

– Den som er leder og ikke klarer å utnytte medarbeidernes kunnskap og kreativitet, sløser med ressursene. Det blir som en bonde som ikke pløyer opp jorden. Da blir det ingen vekst.

Eldre med psykiske plager får ikke god nok hjelp

D&A har i mange sammenhenger påpekt at alderspsykiatrien er usynlig i offentlige dokumenter. Helse- og omsorgstjenestens ivaretagelse av personer med psykiske lidelser ble imidlertid tatt opp i Helsetilsynets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i 2003: «Helsetilsynet ser alvorlig på resultatene som viser at det gjenstår mye før tjenestemottakerne med psykiske lidelser får det tjenestetilbudet de har behov for og lovfestet rett til i kommunene.» (s. 20).

Dette gjaldt også eldre med psykiske lidelser, ifølge Braut.

– Vi gjorde kommunene oppmerksomme på at her var det en jobb å gjøre. Det er seks år siden nå, og fremdeles ser vi at eldre med psykiske lidelser i altfor stor grad

Meldte eller umeldte tilsyn?

Statens helsetilsyn er inne i en fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre (2009-2012). Blant annet har fylkesmennene foretatt mange tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem landet over i 2008 og 2009. I 2008 ble det påpekt avvik ved 18 av 23 tilsyn. Det er avdekket svikt på flere områder. I brev til Helse- og omsorgsministeren 10. november 2010 påpeker Helsetilsynet blant annet mangelfullt omfang av tjenester, uforsvarlig dokumentasjon og journalføring, mangelfull kompetanse og opplæring og utilstrekkelige styringssystemer (www.helsetilsynet.no/publikasjoner).

De aller fleste av tilsynene i Norge er varslet. Ved uanmeldte, nattlige inspeksjoner i 94 boenheter for personer med demens, oppdaget den svenske Socialstyrelsen at 61 prosent av boligene var låst og ubemannet deler av natten (www.socialstyrelsen.se/pressrum). Mange lurte på hvorfor ikke flere tilsyn skjer uvarslet her i landet, slik at enda flere avvik kanskje kunne bli oppdaget. Geir Sverre Braut tenker annerledes.

– Det er to hovedgrunner til at vi varsler tilsynsbesøkene. Når vi finner så mange avvik ved varslede besøk, er det mer enn nok å ta fatt i, og vi tror uansett at vi finner mye av det vi ville funnet på uvarslede besøk. En annen grunn er at vi ikke ønsker et skrekke-regime overfor de sykepleiere eller hjelpepleiere som er på vakt akkurat når vi kommer, og som ville bli avkledd i sin utilstrekkelighet. Det er ikke den enkelte ansatte vi vil «ta». Vi vil utfordre systemet og ledelsen, og det får vi ikke gjort gjennom umeldte besøk. Erfaringene fra Sverige viser imidlertid at misbruk av tvang bedre kan avdekkes ved umeldte besøk, så vi kommer også til å foreta slike besøk.

Apellér til ungdommen!

Ut fra det vi vet om den demografiske utviklingen, ser Geir Sverre Braut en rekke utfordringer. Øverst på listen ser han behovet for utdannede ansatte i eldreomsorgen.

– Å få tilstrekkelig mange ungdommer interesserte i å utdanne seg i helsefag er utfordring nummer én. Og så må vi la være å snakke dette bort i ønsketenkning jevnfør alt vi hører om forebygging. Jeg er en stor tilhenger av forebygging, men tror ikke at det kommer til å løse mange utfordringer i eldreomsorgen. Det kan gi oss et bedre liv lenger, men kan ikke forhindre at på et tidspunkt trenger svært mange av oss avansert helsehjelp. Da må noen kunne gi den hjelpen.

www.helsedirektoratet.no

Tekst og foto: Ragnhild M Eidem Krüger

Alderspsykiatri: Helsedirektoratet anbefaler sentrale grep



Avdelingsdirektør
Arne Johannesen

I sitt foredrag på Demensdagene pekte avdelingsdirektør Arne Johannesen i Helsedirektoratet på flere punkter som må forbedres for at eldre med psykiske lidelser skal få den helsehjelpen de trenger.

– Eldre har ikke vært like godt ivaretatt som andre grupper, sa Johannesen blant annet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere eksisterende tilbud og komme med anbefalinger om tiltak.

Johannesen viste til følgende anbefalinger:

- Videreutvikle tilbud for eldre i kommunene
- Sikre tilgjengelige tilbud for eldre i det psykiske helsevern
- Kartlegge tilbudet til eldre i det psykiske helsevernet
- Sikre nødvendig veiledning og kompetanseutveksling mellom psykisk helsevern og kommunene, inkludert sykehjem
- Større fokus på kompetanseutvikling og forskning om eldres psykiske helse
- Kompetanseutvikling i kommunene på eldre og psykisk helse.

Hvilke kommunale tilbud er det som skal videreutvikles, Arne Johannesen?

– Det trengs gode nettverksløsninger som ivaretar det behov den enkelte har for sosial kontakt og aktivitet, slik man finner på for eksempel eldresentre. Fastlegene må få bedre kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser hos eldre. Sykehjemmene og hjemmesykepleien må også få bedre kompetanse.

Eldre som selv har psykiske lidelser har uttalt overfor D&A at de ikke føler seg hjemme på vanlige eldresentre. Ser du for deg at kommuner i stor stil skal bygge opp egne dagtilbud for denne gruppen?

– Det kommer an på kommunens størrelse og omfanget av psykiske lidelser hos eldre i den enkelte kommune. Integrering har vært en kjerneverdi i Opptreppingsplan for psykiatrien, og man bør sørge for at de tjenester som bygges opp kan gi forskjellige grupper det tilbudet de trenger.

Mange kommuner prioriterer barn, unge og unge voksne når det gjelder tilbud innenfor psykiatrien. Hvordan skal myndighetene få kommunene til også å øke den alderspsykiatriske innsatsen?

– Kommunene har bygget opp integrerte helse- og omsorgstjenester hvor man har generell kompetanse innenfor psykisk helse. Utfordringen er å finne en form på tilbudene som gjør at man når alle grupper, og dette diskuteres mye omkring i kommunene. Her kan det være behov for en mer målrettet kompetanseoppbygging.

Kompetansebygging er et vesentlig punkt i alle ledd som yter tjenester til eldre med psykiske lidelser. Hvordan skal kompetansen økes?

– Vi har gått gjennom beskrivelsen av de ulike helsefag- og profesjonsutdanningene, og det er vanskelig å se hvordan eldres psykiske helse er ivaretatt. Det kan være at kunnskap om psykiske plager hos eldre kanskje er ivaretatt på en for dårlig måte. Helsedirektoratet har i oppdrag å gi råd om innholdet i de forskjellige utdannelsene, og i den gjennomgangen vil det være mulig å se på dette. For øvrig må kompetansen sikres ved at det settes faglige normer og tjenestene innrettes seg etter det.

Fagfolk innenfor alderspsykiatrien peker på at det er for få overlegestillinger og utdanningsstillinger. Hvem skal ta ansvaret for å rette på dette?

– Helseforetakene har ansvar for å sørge for tilstrekkelig kapasitet innenfor fagfeltet. Vi vet at det er primærhelsetjenesten som de nærmeste årene vil bli prioritert med hensyn til tjenesteutvikling. Legetjenester og psyko-logtjenester i kommunene styrkes allerede. Dette kan bidra til i større grad å få oppmerksomhet omkring psykisk helse hos eldre.

Mener du at den nasjonale strategiplanen for spesialisthelsetjenester gir det nødvendige puffet for å øke helseforetakenes fokusering på alderspsykiatri?

– Det ville være å ønske at departementet tar våre råd til følge og sørger for at de regionale helseforetakene har dette fokuset. Departementet er eiere, vi kan bare gi råd og prøve å påvirke.

Ett av rådene Helsedirektoratet har gitt departementet er at det blir lagt en forskningsenhet i alderspsykiatri under Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Når tror du det blir en realitet?

– Helsedirektoratet har anbefalt at det opprettes en kompetansetjeneste i alderspsykiatri som en del av den eksisterende kompetansetjenesten for aldring og helse. Hvor raskt det vil skje er det opp til departementet å avgjøre.

DEMENS DAGENE 2010 Leon Jarners Forskningspris 2010

Stiftelsen

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

KRONER
50.000

Pris til ildsjelen Ingelin

«Kunnskap er ferskvare som stadig må oppdateres!»



Ingelin Testad ble tildelt Leon Jarners forskningspris 2010

Under Demensdagene i Oslo i november ble Ingelin Testad tildelt Leon Jarners forskningspris 2010. Hun fikk prisen for sin forskning om urolig atferd og bruk av tvang hos personer med demens i sykehjem, og betydningen av kompetanse, opplæring og veiledning av helsepersonell for å redusere bruken av tvang. Testad er leder ved det nyopprettede Regionalt senter for eldremedisin og samhandling, Helse Vest, ved Stavanger Universitetssykehus.

Ingelin Testads interesse for alderspsykiatri startet tidlig på 1980-tallet, da hun begynte å arbeide på Dale psykiatriske sjukehus i Rogaland. Et sted som for mange virket dystert og skremmende, slik mange psykiatriske sykehus gjorde på den tiden – plassert som de var langt utenfor «folkeskikken». Ingelin trivdes så godt at hun valgte å bli værende og ble avdelingssykepleier på Alderspsykiatrisk avdeling da hun var ferdig utdannet. Tidligere ble psykiatriske pasienter liggende på sykehus i årevis, og mange hadde liten kontakt med familien. På 1980-tallet, da de psykiatriske sykehusene skulle bygges ned, skulle pasientene plutselig sendes til egen bolig i den såkalte hjemkommunen.

– Enkelte av dem hadde ikke vært på sitt opprinnelige bosted på flere tiår, og jeg ville gjerne bidra til at det gikk riktig for seg og at de skulle få et godt liv. Det var mange utfordringer det siste året mitt på Dale.

Samtidig innser Ingelin at det var en fare ved det sterke engasjementet:

– Det var det samme som vi kan se tilfeller av i demensomsorgen. At vi ut fra faglig engasjement kan komme til å overhøre pasientens behov og ønsker og synes at ting skal gå etter vårt hode.

Når omsorg skifter karakter

Under Demensdagene ble det snakket høyt om at omsorg kan skifte karakter fra å være genuin interesse for og empati med pasienten, til å bli tjenester gitt ut fra tjenesteyterens interesser og holdninger. Omsorg kan ende som maktmisbruk. Dette er Ingelin Testad opptatt av.

– En hovedgrunn kan være mangel på kunnskap og bevissthet om hva vi holder på med, slik det kan være tilfelle ved bruk av tvang. Det er viktig at vi basert på kunnskap gjør kvalifiserte valg av for eksempel tvangstiltak.

Et gjennomgående problem på sykehjemmene er ifølge Ingelin driftstanken som styrer alt.

– I mange år har bunnlinjen vært viktigere enn om pasientene får en tur ut i frisk luft eller andre aktivitets-tiltak som er basert på pasientens behov og ønsker og som bidrar til god livskvalitet. Mye må endres skal vi komme dit at drift baserer seg på fag og ikke omvendt. Ikke minst må forståelsen for at arbeidet må basere seg på fagkunnskap, være til stede. Kunnskap er ferskvare som stadig må oppdateres!

Still høyere krav!

Etter sykepleieutdannelsen reiste Ingelin Testad til USA. Hun arbeidet på en akutt psykiatrisk avdeling og opplevde et behandlingssystem som basert på økonomi og forsikringsavtaler, la sterke føringer for behandlingen. Den var ikke alltid til beste for pasienten, og opplevelser i denne forbindelse satte en støkk i henne.

Ingelin tok likevel med seg nyttig og tankevekkende kunnskap hjem igjen. I USA var sykepleie ansett som et viktig arbeid, og lønnen var deretter. Det tok henne ti år å oppnå samme lønn etter at hun kom tilbake til Norge. Alle sertifiseringer og nødvendig kunnskap måtte den enkelte sørge for å vedlikeholde selv, og gikk lisensen ut, fikk sykepleieren hjelpepleierlønn og andre arbeidsoppgaver til lisensen og kunnskapen var i orden igjen et år senere.

– Det ble stilt krav til oss. Og vi fikk tilsvarende lønn. Jeg synes vi stiller for små krav her, og da tenker jeg ikke i forhold til arbeidsmengde. Men vi er glad til at noen vil arbeide i for eksempel demensomsorgen. Hvis vi hadde stilt større krav og dermed gitt arbeidet høyere status og lønn, tror jeg flere ville ønsket å jobbe innenfor dette feltet.

Ledelse, ledelse, ledelse

Dermed er vi inne på et tema Ingelin Testad brenner for: Kompetent ledelse av sykehjem og andre tjenester. Dette fikk en ekstra gnist gjennom undersøkelsen hun la til grunn for doktorgradsarbeidet, og som hun skrev en artikkel om i forrige nummer av D&A. Undersøkelsen viser kort fortalt at utfordringer knyttet til demensomsorgens krav ikke nødvendigvis er den viktigste årsaken til stress og belastning hos helsepersonell på sykehjem, slik det er vanlig å anta. Strukturelle og organisatoriske forhold knyttet til ledelse, manglende mulighet til faglig utvikling, manglende opplevelse av kontroll og mestring i arbeidet, sosialt miljø og kultur i organisasjonen er langt viktigere årsaker. Undersøkelsen viser at disse forholdene kan endres – med bedre pleie og livskvalitet som resultat.

– Jeg opplevde resultatene som veldig spennende. Pasientene har sin sykdom med de symptomene som følger med, og vi skal gi dem best mulig behandling. Og hvis det er organisasjon og ledelse som stresser personalet, kan vi jo gjøre noe med det! Det er en strålende nyhet, og det er lovende funn som det blir viktig å utforske videre i nye studier. Dette har vi nå fått mulighet til gjennom et stort samarbeidsprosjekt knyttet til omsorgsforskning i vest, blant annet gjennom midler fra Norges forskningsråd. Prosjektet handler om å lage

modeller for hvordan ny kunnskap kan bli del av praksis, og skal gjennomføres i samarbeid med Senter for omsorgsforskning Vest, utdanningsinstitusjoner, utviklingssentre og sykehjem.

At kravene som stilles til ansatte varierer fra arbeidssted til arbeidssted, og at mye er avhengig av personlige egenskaper, synes Ingelin er betenkelig. Noen steder stiller avdelingssykepleiere krav om veiledning til alle ansatte, andre steder hevdes det at det ikke er tid eller midler til å prioritere dette.

– At det er så personavhengig gjør hele feltet altfor sårbar. I den tiden vi går inn i nå, trenger vi mer robuste systemer og vi trenger å gå sammen, bruke de ressursene vi har og forske mer på hvordan utfordringene kan løses. I den sammenheng er det lovende at Helse- og omsorgsdirektoratet har lagt til rette for økt forskning og utvikling i kommunehelsetjenesten gjennom opprettelsen av fem regionale sentre for omsorgsforskning og til sammen 21 utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester fordelt på alle landets fylker.

Ny kunnskap må komme pasientene til gode!

I november 2010 ble undervisningssykehjemmene omdøpt til Uviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Ingelin har deltatt i arbeidsgruppen som laget strategiplanen for utviklingssentrene (1). Der ønsket hun å få inn at veiledning av ansatte skulle være obligatorisk på sentrene.

– Det kunne ikke Helsedirektoratet gjøre – de hadde ikke dekning i lov for et slikt krav. Da kan en jo lure på hvem som skal få til endring? Vi har en stor utfordring både i Norge og internasjonalt, om å ta i bruk ny kunnskap i praksis, slik at den snarest mulig kommer pasienten til gode. Vi har derfor stor forventning til prosjektet knyttet til modellering av ny kunnskap i praksis.

Unngå vikarbyråer!

Nå har du fulgt fagfeltet i over tjue år, hva ønsker du deg for fremtiden?

– At fagfeltet skal bli betraktet som så viktig at ikke hvem som helst får jobbe der. At undervisning og veiledning skal bli obligatorisk på alle sykehjem. At ansatte skal bli ordentlig betalt. Hvis vi hadde fått til dette, tror jeg ikke vi hadde trengt flere folk. Da hadde vi brukt kapasiteten på en helt annen måte, og jeg tror at vi kunne spart mye penger på det.

Ikke flere folk?? Ingelin har mer på hjertet:

– Vi må gå helt vekk fra å bruke vikarbyråer i demensomsorgen. Hvis vi får til kunnskapsøkning, god organisering og karrieremuligheter, vet vi fra forskning at jobbtillfredshet og trivsel øker, og folk blir værende. Da vil vi heller ikke trenge byråene.

Hva er så galt med vikarbyråer?

– Personer med demens trenger trygghet og forutsigbarhet hele tiden. Det får de gjennom stabilt personale med gode kunnskaper. Ved bruk av vikarbyråer uthuler vi miljøbehandlingen, for vikarene kjenner verken pasientene eller den behandlingen de har behov for. De forsvinner ut døren når det ikke er behov for dem lenger, og er i

mindre grad opptatt av å lære den enkelte pasient å kjenne.

Ny jobb – nye utfordringer

Stavanger har et lite, men solid fagmiljø innenfor demensomsorg og alderspsykiatri. I hard konkurranse med Haraldsplass Diakonale Sykehus og Universitetet i Bergen, ble Regionalt senter for eldremedisin og samhandling i desember lagt til Stavanger Universitetssykehus. Ikke uventet var ildsjelen Ingelin sentral i arbeidet med søknaden, og er nå blitt leder av det nyopprettede senteret.

– Senterets hovedoppgave er å bidra til utviklingen av et regionalt samarbeid i vest omkring forskning, fagutvikling og undervisning knyttet til eldremedisin og samhandling i henhold til samhandlingsreformen. Eldremedisin generelt, geriatri, alderspsykiatri og miljøbehandling vil stå sentralt. Hovedfokus er å bidra til at eldre i vest får best mulig behandling og livskvalitet. Nå får vi en fin mulighet til å jobbe langsiktig og strategisk. Vi skal også samarbeide nasjonalt og internasjonalt.

Som det arbeidsjernet hun er, har hun gått aktivt ut for å sette i gang prosjekter og samle midler til forskning. Resultatet er at hun behøver flere forskere innen helsefag.

– Hvis det finnes en sykepleier med mastergrad som vil gå i gang med et doktorgradsprosjekt, eller en sykepleier med ph.d som vil i gang med postdoc-prosjekt innen eldrefeltet, vil vi gjerne få en henvendelse!

Nå får Ingelin tatt i bruk egne lederegenskaper på et nytt område og satt tanker om godt lederskap ut i livet. Det nye senteret skal favne mange profesjoner, og man kan levende tenke seg spisse albuer, ømme tær og profesjonseierskap. Men også muligheter for et kreativt mangfold.

– Det viktigste er et teamarbeid hvor alle får jobbe selvstendig og bidra med det de kan og liker best. Og at vi har det kjekt på jobb! Det blir det gode resultater av.

REFERANSER

1. Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – Overordnet strategi 2011-2015. Se www.helsedirektoratet.no

HÅNDBOK

Kirsti Hotvedt

Etablering og drift av pårørendeskole



Denne håndboken vil være et nyttig redskap i arbeidet med å etablere og drifte pårørendeskoler som et viktig tilbud i en helhetlig demensomsorg. I tillegg til håndboken er det utviklet en rekke forslag til dokumenter som kan være til praktisk hjelp i etablering og drift. Disse er tilgjengelig for nedlastning fra www.aldringoghelse.no.

Demensplan 2015 legger vekt på at kommunene skal øke kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet i planen er at pårørendeskoler skal være tilgjengelig i hele landet i 2015 og interessen for dette arbeidet har vært stor. I 2007 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i oppdrag fra Helsedirektoratet å lede et 3-årig utviklingsprogram på feltet. Over 40 kommuner fra hele landet har bidratt med sine erfaringer i etablering og drift av pårørendeskoler. På bakgrunn av denne erfaringen og innspill fra en faggruppe med godt kjennskap til feltet, har forfatteren, sykepleier Kirsti Hotvedt, utarbeidet håndboken.

All forskning viser at kunnskap er nyttig og nødvendig for å kunne mestre hverdagen best mulig både for den som er syk og for pårørende. Etablering av pårørendeskoler er et viktig virkemiddel for å oppnå dette. Pårørendeskolene er ofte et samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommunen, og er et sted hvor det kan knyttes kontakter med andre som er i samme situasjon og hvor en får kunnskap om demenssykdom, tilbud og rettigheter.

kr. 50,- | 36 sider | 2010 | ISBN 978-82-8061-145-1



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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

7

Sverre Bergh, forsker og lege Alderspsykiatrisk
forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF ■



Syv gode grunner til å seponere psykofarmaka

Artikkelen bygger på Sverre Berghs innlegg på Demensdagene 2010

*Syv er et av flere tall som går
igjen i folkeeventyr, religioner,
ukedager og mere.*

I eventyrene gjentar tallene 3-7-9-12 seg. Helten må beseire tre farer, han møter et troll med tre, seks eller ni hoder, han vandrer over syv fjell og gjennom syv daler, for å nevne noe. I kristendommen er treenigheten mellom Jesus, Gud og Den Hellige Ånd og de syv døds- synder eksempler på benyttelsen av hellige tall.

For så vidt kunne jeg valgt seks eller ni gode grunner til å seponere psykofarmaka, og som den utholdende leser vil merke seg kommer jeg med en åttende grunn helt til slutt i teksten.

Bakgrunn

Geir Selbæk gjennomførte for fem år siden en undersøkelse i norske sykehjem, der han sammen med sine samarbeidspartnere undersøkte over 1 100 pasienter for symptomer på depresjon, demens, uro, psykose og mer (1). I samme undersøkelse talte de opp hvor mange pasienter på norske sykehjem som brukte de forskjellige typer psykofarmaka, altså medisiner som har effekt på hjernen og det sentrale nervesystemet. Det kom frem at av sykehjemspasientene med demens bruker 25,8 prosent antipsykotika og 39,0 prosent antidepressiver. Tilsvarende tall for sykehjemspasienter uten demens er 15,9 prosent og 35,0 prosent. Beroligende medisiner brukes av 26,5 prosent av sykehjemspasienter uten demens og 23,7 prosent med demens, mens 39,8 prosent av sykehjemspasienter uten demens og 26,3 prosent med demens bruker sovemedisiner, se tabell 1. Det er grunn til å spørre seg om vi overmedisinerer pasientene våre, og jeg skulle gjerne ønske at alle som jobber med pasienter på sykehjem, og særlig med

Tabell 1
Bruk av medisiner på norske sykehjem

Psykofarmaka	Pasienter uten demens (n=230) (%)	Pasienter med demens (n=933) (%)
Antipsykotika	15,9	25,9
Atypiske antipsykotika	5,8	14,8
Trad. Antipsykotika	11,1	11,5
Antidepressiva	35,0	39,0
Angstdempende	26,5	23,7
Sovemedisiner	39,6	26,3
Midler mot demens	2,2	13,5
Minst et psykofarmaka	66,8	74,5

Fra Selbæk et al, Int J Geriatr Psychiatry 2006

pasienter med demens, kritisk vurderer bruken av psykofarmaka på sitt sykehjem. Her er syv gode grunner til å seponere psykofarmaka:

1. Psykofarmaka har begrenset effekt hos pasienter med demens

The Cochrane Collaboration er et internasjonalt nettverk av personer som oppsummerer forskning på forskjellige helseområder og gjennom det gir terapianbefalinger vi kan benytte oss av. En oppsummering i Cochrane om effekten av antidepressiver hos eldre, ga forskjellige terapianbefalinger avhengig av om pasienten har demens eller ikke. Mens det for eldre pasienter uten demens var godt dokumentert at alle typer antidepressiver har effekt ved depresjon (2), var det for eldre pasienter med demens for få og dårlige studier til å kunne si noe sikkert om effekten (3). En oppsummerende artikkel i 2002 anbefaler likevel å bruke antidepressiver hos pasienter med Alzheimers sykdom hvis de har alvorlig depresjon (4). Denne presiseringen bør man legge seg på minnet. Flere artikler innenfor behandlingen av nevropsykiatriske symptomer (NPS) og depresjoner

hos eldre med demens, viser at det er ved alvorlige og plagsomme symptomer det er indikasjon for å bruke psykofarmaka.

For antipsykotika har oppsummeringer av forskningsresultatene i Cochrane vist at Haldol er effektiv ved aggresjon (5), Risperdal er effektiv ved psykoser og aggresjon og Zyprexa er effektiv ved psykoser (6). Dessuten har én studie vist at Cipramil har samme effekt på agitasjon og psykose som Risperdal, men færre bivirkninger (7). Dokumentasjonen for å bruke benzodiazepiner – medisiner mot angst og søvnvansker – ved NPS hos eldre pasienter, er undersøkt i fire studier (8). Selv om benzodiazepiner i begynnelsen hadde en effekt på angst og agitasjon, forsvant effekten raskt. Alle disse fire studiene er imidlertid gjort før artikkelforfatteren ble født, så kan leserne selv avgjøre om det betyr at studiene er gamle eller at artikkelforfatteren er ung.

2. Antipsykotika har kortvarig effekt

Effekten av antipsykotika ved behandling av NPS er sjelden undersøkt lengre enn tre måneder, og mange mener at effekten av antipsykotika er borte etter seks til tolv måneder (9). Statens Legemiddelverk anbefaler å prøveseponere antipsykotika etter tre måneder (10), men det har i praksis vist seg å være vanskelig å gjennomføre.

3. Symptomene varierer over tid

Det er etter hvert kommet flere studier som har sett på utviklingen av nevropsykiatriske symptomer over tid, både hos hjemmeboende (11) og sykehjemsboende (12). Det generelle trekket er at NPS, her medregnet depresjon, er hyppig forekommende. Mellom 55 og 85 prosent av pasienter med demens har til enhver tid minst ett NPS (1). Men for det enkelte symptomet er forløpet fluktuerende, og symptomene kommer og går. Psykose og søvnforstyrrelser er av de symptomene som fluktuerer raskest. De er stort sett borte etter seks til 12 måneder, depresjon og angst varer i 12-18 måneder mens apati ser ut til å være et symptom som er til stede kontinuerlig over lang tid, i noen tilfeller i mer enn to år. Fluktuasjonen i symptomer, både i styrke og hyppighet, betyr at vi må justere og eventuelt seponere den medikamentelle behandlingen av våre pasienter i takt med symptomene.

4. Psykofarmaka har bivirkninger

Alle medisiner har bivirkninger, og vi vet at eldre er mer sårbare for bivirkninger enn yngre. Selv om man kan se uventede og sjeldne bivirkninger ved alle medisiner, også psykofarmaka, er de vanligste bivirkningene ved antipsykotika parkinsonisme (ekstrapyramidale symptomer), nedsatt kognisjon, tretthet og risiko for slag og tidlig død. Ved antidepressiver er vanlige bivirkninger symptomer fra mage/tarm og balanseproblemer, og ved benzodiazepiner tretthet og nedsatt kognisjon (13). For pasienter med demens som allerede har nedsatt kognisjon og stor trettbarhet, kan bivirkningene fra antipsykotika, antidepressiver og benzodiazepiner forverre symptomene på deres sykdom.

5. Medisiner gir interaksjoner

Interaksjoner betyr at to eller flere medisiner påvirker og forstyrrer hverandre, noe som skjer fordi mange medisiner brytes ned og omformes via de samme enzymene i leveren (Cytocrome P450 systemet). Det kan gi to utslag:

- A) Én medisin øker serumkonsentrasjonen av en annen medisin. For eksempel vil inntak av Selektiv Serotonin Reuptake Inhibitors-preparater (SSRI, antidepressiver) øke konsentrasjonen av Marevan (blodfortynnende middel) i blodet og dermed gi økt blødningsfare.
- B) Én medisin senker serumkonsentrasjonen av en annen medisin. For eksempel vil johannesurt senke marevan-konsentrasjonen i blodet og dermed øke faren for blodpropp. Av de psykofarmaka vi bruker er det SSRI-preparater og enkelte antiepileptika vi bør være oppmerksomme på. Siden det er vanskelig å huske alle disse kombinasjonene av legemidler, gjør vi lurt i å sjekke legemiddelkombinasjonene pasientene våre bruker mot oppdaterte internett-databaser som www.interaksjoner.no (også kjent som DRUID).

6. Pasientene tåler seponering

Fra 1997 til 2008 ble det internasjonalt gjort seks studier som så på effekten av seponering av antipsykotika hos pasienter med demens (14-20). Hovedkonklusjonen i alle studiene var at det gikk like bra med pasientene som seponerte antipsykotika som med dem som fortsatte med medikamentene. I sin seneste studie viste Ballard at pasientene som fortsatt stod på antipsykotika hadde økt risiko for død etter hjerneslag (20). Når det gjelder seponering av antidepressiver, er det gjort en studie i Sverige på pasienter uten demens og depresjon (21). (Da kan man jo spørre seg hvorfor de stod på antidepressiva?) Studien var ikke randomisert og blindet og viste at pasientene som seponerte antidepressiver klarte seg like bra som de som fortsatte. Seponering av benzodiazepiner hos eldre pasienter med demens er undersøkt i en åpen studie i Japan med syv pasienter (22). Etter seponering av benzodiazepiner fikk pasientene bedre kognisjon og balanse.

7. Det er en prøve

Er det fare for forverring av symptomene til pasientene ved seponering? Ja, uten tvil. Det finnes pasienter på norske sykehjem, og hjemmeboende, med alvorlige NPS og depresjon, som har behov for behandling med psykofarmaka. Jeg mener likevel at faren for oppblomstring av symptomer for de fleste pasientene er liten ved seponering. Det kalles da også å prøveseponere. Det vil si at ved oppblomstring av symptomer starter vi opp igjen med medisinen. Hvor lenge kan man vente før man begynner igjen? For de fleste psykofarmaka er det ingen tidsgrense for å gjeninnsette medisinen, uten at pasienten får et permanent fall i funksjon eller kognisjon. Unntaket er kolinesterasehemmere (Aricept, Reminyl og Exelon). Der må man, dersom pasientens kognisjon eller ADL-funksjon forverres merkbart, starte igjen med medisinen innen fire uker for ikke å få et permanent fall i funksjonen.

8. Alternativet til psykofarmaka er så mye bedre...

Vi som jobber med alvorlig syke eldre med eller uten demens, må ha et verktøyskran av behandlingsalternativer å velge fra. De siste årene er det gjort mye god forskning på miljøbehandling og forebyggende behandling av demens, og vi har nå til dels godt dokumenterte alternativer til medikamentell behandling ved demens. I en oppsummerende artikkel om miljøbehandling ved demens fant man følgende (23):

- Realitetsorientering, det vil si å orientere pasienten med demens om hvor han er, hvilken dag det er og så videre, er effektivt
- Reminisensterapi, enten i form av bilder eller filmer fra gamle dager eller rom med gamle møbler, gir økt velvære, men ikke bedret kognisjon
- Musikkterapi øker velvære og reduserer roping og agitasjon
- Aktivitetsterapi (dans, sport, drama etc.) reduserer agitasjon og bedrer nattesøvn
- Aromaterapi, som lavendel- og sitronduft spredt i rom eller korridorer, reduserer agitasjon

- Lysterapi (dagslys ute eller med lyskasser inne) bedrer sannsynligvis søvnkvaliteten
- For valideringsterapi er effekten hverken bekreftet eller avkreftet. Terapiformen går ut på at man møter pasientene på dere følelser med for eksempel å si «Jeg forstår at det er vondt å glemme hendelser som har vært»
- Kunstterapi er ikke demonstrert effektivt
- Alternativ terapi (urter, reiki, healing, reflexologi etc.) er ikke effektivt.
- Multisensoriske tilnærminger (rom med lys, lyder, vibrerende plater etc.) er ikke demonstrert effektivt.

Så det var det – syv gode grunner til å seponere psykofarmaka og en åttende ekstra god grunn til å gjøre det samme. Seponering av medisiner kan likevel by på utfordringer, og det er viktig at det gjøres i et samarbeid mellom alle yrkesgrupper i hjemmesykepleien eller på sykehjemmet, og selvsagt i samarbeid med pasient og pårørende.

■ sverre.bergh@sykehuset-innlandet.no

REFERANSER

1. Selbaek G, Engedal K et al. (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 22 (9) 843-849.
2. Mottram P, Strobl J et al (2006) Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Review*; (1).
3. Bains J, Denning TR et al. (2002) The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database of Systematic Review*; (4).
4. Lyketsos CG, Olin J. (2002) Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. *Biological Psychiatry* Aug 1; 52 (3): 243-252.
5. Lonergan E, Colford J et al. (2002) Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Review*; (2).
6. Ballard C, Waite J (2006) The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Review*; (1).
7. Pollock BG, Houck PR et al. (2007) A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry* Nov; 15 (11): 942-952.
8. Carrier L, Chui H et al. (2002) Anxiolytics. I: Evidence-based dementia practice. Oxford: Blackwell; p. 678-682.
9. Ballard C, Corbett A (2010) Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs* Sep 1; 24(9): 729-39.
10. Statens legemiddelverk (2005) Medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med demens. 1-1-2005. Statens legemiddelverk.
11. Aalten P, Verhey FR et al. (2005) The course of neuro-psychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. *International Psychogeriatrics* Nov; 22 (7): 1040-1053.
12. Wetzels R, Koopmans R et al. (2010) Course of neuro-psychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. *International Psychogeriatrics* Nov; 22 (7): 1040-1053.
13. Felleskatalogen 2010.
14. Bridges-Parlet S, Steffes S et al. (1997) Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: results of a double-blind, baseline-treatment-controlled pilot study. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology* Jul; 10 (3): 119-126.
15. Cohen-Mansfield J, Woosley R et al. (1999) Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home: a controlled, double-blind study. *Archives of Internal Medicine* Aug 1; 159 (15): 1733-1740.
16. van Reekum R, Cohen T et al. (2002) A randomized, placebo-controlled trial of the discontinuation of long-term antipsychotics in dementia. *International Psychogeriatrics* Jun; 14 (2): 197-210.
17. Ballard C, Lana MM et al. (2004) A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *Journal of Clinical Psychiatry* Jan; 65 (1): 114-119.
18. Ruths S, Pallesen B et al. (2004) Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study. *The Bergen District Nursing Home Study. Journal of American Geriatric Society* Oct 1; 52 (10): 1737-1743.
19. Ballard C, Jacoby R et al. (2008) A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial). *Public Library of Science Medicine* Apr 1; 5 (4): e76: 0587-0599.
20. Ballard C, Kossakowski K et al. (2009) The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurology* Feb; 8 (2) 151-157.
21. Ulfvarson J, von Bahr C et al. (2003) Controlled withdrawal of selective serotonin reuptake inhibitor drugs in elderly patients in nursing homes with no indication of depression. *European Journal of Clinical Pharmacology* Dec; 59 (10): 735-740.
22. Tsunoda K, Kashima H et al. (2010) Effects of discontinuing benzodiazepine-derivative hypnotics on postural sway and cognitive functions in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* Dec; 25 (12): 1259-1265.
23. Douglas S, Ballard C et al. (2004) Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10: 171-179.



■ Jorunn Lægdheim Helbostad, ph.d., fysioterapeut og forsker, Forskningsgruppe for geriatri, Institutt for nevromedisin, NTNU og St. Olavs Hospital, Trondheim

Fysisk aktivitet

– nødvendig også for personer med demens

«Personer med demens, uansett alvorlighetsgrad, har samme behov for fysisk aktivitet som andre personer, og de fysiologiske virkningene er også de samme.»

Om lag 80 prosent av beboere i norske sykehjem har mental svikt eller demens (1). Demens rammer først og fremst mentale og emosjonelle funksjoner, men også bevegelsesevnen svekkes. Personer med demens har de samme behov for fysisk aktivitet som alle andre, men trenger ofte hjelp til å ivareta behovene og kan ha behov for ekstra tilrettelegging av aktivitetene.

Karl, Tove og Henriette

Jeg vil illustrere utfordringer i forhold til fysisk aktivitet hos eldre i sykehjem gjennom tre historier. Hver historie er illustrert med måling av aktivitetsnivå ved hjelp av aktivitetsmålere (akselerometre) som festes på personens lår og kan registrere hvor stor del av dagen personen sitter, står eller går. I illustrasjonene viser hver stolpe en time av døgnet. Gul farge illustrerer tiden personen sitter eller ligger, grønn farge illustrerer tid i stående stilling og rød farge tid i gående. Subbende gange vil i en del tilfeller bli registrert av aktivitetsmåleren som stående i stedet for gange.

Karl

Karl er 87 år og bor i sykehjem. Han har demens av moderat grad og er lett deprimeret. Han viser lite initiativ til å delta i aktiviteter og er lite villig til å være med de

ansatte når de foreslår aktiviteter. I løpet av det halve året han har vært på sykehjemmet er han blitt mer glemsk og dårligere til å gå. Aktivitetsmålingen viser at han er i oppreist stilling ca 40 minutter i løpet av et døgn.

Tove

Tove er 79 år og har en alvorlig grad av demens. Hun har en subbende gange og er ustø, men vandrer hvileløst omkring store deler av dagen. Innimellom blir hun oppfarende. Hun står også opp om natta og vandrer omkring. Ved et par anledninger har hun falt i forbindelse med nattlige toalettbesøk. Hun er i oppreist stilling nesten fire timer i løpet av et døgn. Registreringene viser at hun har lite sammenhengende hvile både natt og dag.

Henriette

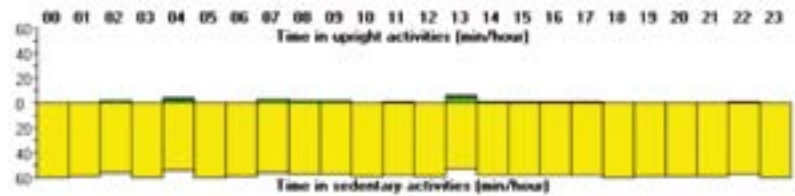
Henriette er 85 år og har bodd i sykehjemmet i to år. Hun har en alvorlig grad av demens. Dette var grunnen til at hun fikk plass i sykehjemmet. Hun kunne gå uten assistanse da hun kom til sykehjemmet. Nå greier hun så vidt å gå med støtte av to personer. Hun er totalt avhengig av hjelp til personlig stell. Hun har fått begynnende kontrakturer (nedsatt bevegelighet) i ankelledd, knær og hofter og har et sår på den ene hælen som ikke vil gro. Henriette er oppreist i ca 15 minutter i løpet av et døgn.

Ut fra disse historiene er det lett å se at Karl, Tove og Henriette har ulike behov for fysisk aktivitet og at forskjeller i funksjonsnivå gjør at aktivitetene må tilpasses svært ulikt. Tove er aktiv store deler av dagen, men aktivitetene er lite målrettede og hun sover lite om natten. Det kan likevel være grunner til at Tove kan ha nytte av mer målrettet og strukturert fysisk aktivitet.

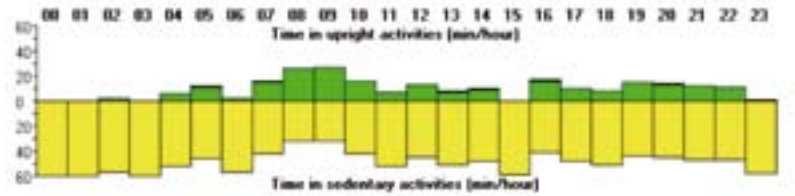
Følger av inaktivitet

Alle mennesker har behov for bevegelse, uansett fysisk og mentalt funksjonsnivå. Bevegelse kan sees på som et primært behov på linje med ernæring og god hygiene.

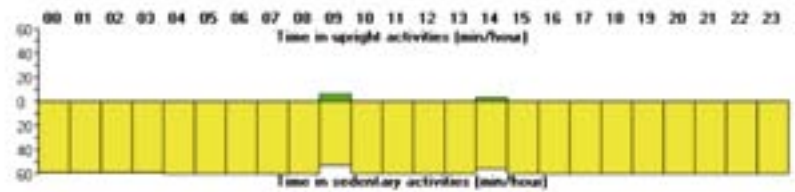
Figur 1.
Karls aktivitet
gjennom et døgn.



Figur 2.
Toves aktivitet
gjennom et døgn.



Figur 3.
Henriettes aktivitet
gjennom et døgn.



Mangel på bevegelse har mange negative fysiske konsekvenser som langsommere fordøyelse og obstipasjon (forstoppelse), inkontinens, nedsatt appetitt, leddstivhet, nedsatt lungeventilasjon, nedsatt utholdenhet og muskelstyrke, ustøhet og fallfare. Inaktivitet har også negative psykiske konsekvenser som nedsatt tiltakslust, nedstemthet, motløshet og depresjon (2). Følgene av inaktivitet er blant annet blitt undersøkt gjennom totalt sengeleie over en periode. En studie med 11 friske kvinner og menn med en gjennomsnittsalder på 67 år viste 13 prosent reduksjon i muskelstyrke, 12 prosent tap av kondisjon og åtte prosent redusert fysisk aktivitet som følge av ti dager i sengen (3). En annen studie har funnet at episoder med sengeleie hos hjemmeboende relativt friske eldre og eldre med nedsatt funksjonsevne reduserer forflytningsevne, utførelse av dagliglivets aktiviteter, fysisk aktivitet og sosial aktivitet (4). Også mental funksjon, spesielt evne til å planlegge og utføre handlinger (eksekutive funksjoner) er vist å reduseres selv hos unge, friske personer etter to måneders sengeleie (5). For personer med liten reservekapasitet til å utføre daglige gjøremål, vil inaktivitet i korte perioder kunne føre til store fall i fysisk og mental funksjon så vel som i generelt aktivitetsnivå. Det tar lengre tid å bygge opp funksjon enn å bryte den ned, og det skal derfor mindre innsats til for å forebygge inaktivitet og konsekvenser av dette enn for å gjenvinne funksjonen.

Effekt av aktivitet

Fysisk aktivitet defineres som økning i aktivitet ut over hvilenivå og omfatter dermed all aktivitet som krever mer energi enn det å sitte eller ligge i ro. Nasjonale og internasjonale anbefalinger sier at voksne i alle aldre trenger minst en halv times fysisk aktivitet daglig som er av en slik intensitet at pulsen stiger litt og pusten går litt hurtigere, eller hardere trening tre dager per uke (6). Anbefalingene påpeker også at all aktivitet har effekt,

men at effekten øker med mengde og intensitet av aktiviteten. Etter skade, sykdom eller en periode med inaktivitet trengs det ofte mer intensiv og spesifikk fysisk trening for å oppnå funksjonsbedring. Det finnes ingen øvre aldersgrense for trenbarhet eller positive effekter av fysisk aktivitet. Ei heller finnes det et nedre funksjonsnivå for slike effekter.

Effekten av fysisk trening hos eldre generelt er svært godt dokumentert. For eldre i sykehjem er det funnet effekter på mobilitet, muskelstyrke og bevegelighet (7). Enkelte har funnet at gruppetrening med vekt på balanse og styrke bedrer gangfunksjon. For å oppnå slike effekter må treningen gjennomføres minst to ganger i uken og ha moderat til høy intensitet (6).

Fysisk trening har ikke bare effekt på fysisk funksjon. Det er også dokumentasjon for at slik trening virker positivt på nedstemthet og depresjon (8) og kan gi bedre søvnmonster (9). Hos personer med demens har fysisk trening dessuten vist å bedre mental funksjon (10) og redusere negativ adferd (10) og rastløshet (10) hos urolige personer.

Trening med vekt på balanse og styrke som eneste tiltak er vist å forebygge fall hos hjemmeboende eldre, mens dette ikke er tilfelle for eldre i sykehjem. Forebygging av fall hos beboere i sykehjem krever en mer sammensatt tilnærming hvor fysisk trening kombineres med tiltak som god opplæring av personalet, tilrettelegging av de fysiske omgivelsene og bruk av hoftebeskyttere (12).

Hva slags trening?

Det viktigste insitamentet til fysisk aktivitet for eldre med fysisk eller mental funksjonssvikt er gjennom utførelse av og deltakelse i dagliglivets aktiviteter. Likevel er dette ofte ikke nok for å ivareta funksjon når personene er inaktive det meste av døgnet våkne timer. Fysisk trening for eldre i sykehjem bør inneholde flere komponenter som trening i forflytning og personlig stell,

*«Hos personer
med demens har
fysisk trening vist
å bedre mental
funksjon.»*

muskelstyrke, balanse, utholdenhet og bevegelse. Muskelstyrketrening bidrar til å opprettholde forflytningsevne og til at personen beveger seg stødig og greier å utføre dagliglivsferdigheter, slik som for eksempel å reise seg fra en stol. Trening av muskelstyrke bør doseres så høyt at personen er svært sliten etter å ha utført 10-12 repetisjoner. Balansetrening bidrar til å gi trygghet og bevissthet under utførelse av daglige ferdigheter og reduserer faren for fall. Dosering av balanseøvelser følger litt andre prinsipper enn trening av muskelstyrke, og her er det viktig med variasjon av øvelser som utfordrer balansen hos den enkelte. Trening av utholdenhet bidrar til opprettholdelse av hjerte- og lungefunksjon, den virker på sinnsstemningen og bidrar til at personen bruker en mindre andel av sin totale kapasitet for å utføre enkle oppgaver i hverdagen. For å bedre kondisjon må aktiviteten kjennes moderat anstrengende. Strekk- eller bevegelseøvelser bidrar til å opprettholde bevegelse i muskler og ledd, og hindrer dermed tilstiving av ledd. Det er uklart hvor stor dose som skal til for å øke et bevegelsesutslag, men store, varierte bevegelser for hele kroppen er med å hindre leddstivhet. Tabell 1 (side 26) gir eksempler på innhold i fysisk trening for beboere i sykehjem.

Negative følger av sengeleie kan forebygges

De negative følgene av sengeleie er godt dokumentert. Noen personer vil allikevel i kortere eller lengre perioder være sengeliggende. For dem er det viktig å forebygge komplikasjoner av sengeleiet. Gjennombevegelse av de store leddene i kroppen, med størst mulig aktiv deltakelse fra den eldre selv, bør inngå som en del av personlig stell. Eksempler på bevegelser som bør utføres daglig er armløft for å påvirke pust og lungefunksjon, og bøy og strekk av ankler, knær og hofter for å påvirke sirkulasjon. Punktene under lister opp aktuelle bevegelsestiltak for sengeliggende beboere:

- Variere hodehøyde
- Hjelp beboeren til å strekke armene over hodet
- Rette opp sammensunket ligge-/sittestilling
- Hyppig stillingsendring
- Bevege kroppens store ledd gjennom hele bevegelsesbanen
- Bevege ankene for å stimulere blodsirkulasjon i bena
- Sitte på sengekanten med god støtte for bena.

Hvordan innpasse fysisk aktivitet i hverdagen?

Fysisk aktivitet bør være et innslag i hverdagen til alle beboere i sykehjem og ha som mål å vedlikeholde funksjon og velvære. Effekten av å være i aktivitet blir borte så snart aktivitetsnivået avtar. I en nordisk studie som hadde til hensikt å øke aktivitet og bedre funksjon hos beboere i sykehjem (13), ble ansatte ved flere sykehjemsavdelinger i Trondheim intervjuet. Ikke uventet trakk flere fram travelhet hos personalet som den viktigste årsaken til mangel på fysiske aktivitetstiltak. Men det var også flere som trakk fram manglende

bevissthet og kunnskap som årsak, samt at aktivitet ofte oppfattes som oppgaver for aktivatorer, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Individuelle planer kan være med å sette fysisk aktivitet på dagsorden og bidra til at sykehjemsbeboeren kan bruke sine fysiske ressurser i hverdagsgjøremål som personlig stell, forflytning og spisesituasjoner, eller ved forflytning fra rom til stue eller spisesal.

Personer som i liten grad greier å ivareta sine egne behov for bevegelse trenger tilbud om å delta i gruppetrening eller gåturer. Enkeltbeboere kan etter skade eller sykdom i tillegg ha behov for tidsavgrensede perioder

med mer intensiv trening, som for eksempel etter hjerneslag eller hoftebrudd. I slike tilfeller vil det være viktig å ha kontakt med fysioterapeut som kan være med å tilrettelegge et individuelt tilpasset opplegg for beboeren.

«Fysisk aktivitet bør være et innslag i hverdagen til alle beboere i sykehjem.»

Hvordan tilrettelegge for personer med demens?

Personer med demens, uansett alvorlighetsgrad, har samme behov for fysisk aktivitet som andre personer, og de fysiologiske virkningene er også de samme. Det er imidlertid utfordringer knyttet til å tilpasse aktivitetene til personens mentale så vel som fysiske funksjonsnivå. Personer med demens kan ha vansker med innlæring av nye ferdigheter. De kan glemme hva de holder på med midt i en aktivitet og kan fort miste konsentrasjon og oppmerksomhet ved forstyrrende elementer utenfra. Enkelte har forstyrrelser i rom- og retningssans og feiltolker for eksempel høyde på stol eller avstand til gjenstander i rommet. Mange trenger derfor ekstra tilrettelegging for å delta i aktiviteter. Evnen til å bevege seg og følge enkle instruksjoner på bevegelse bevares veldig lenge hos de fleste. Fysisk aktivitet og bevegelse kan derfor også være en positiv innfallsvinkel til kommunikasjon. Det er ofte lettere å utføre oppgaver enn å utføre isolerte bevegelser. Et eksempel kan være å instruere i å sette seg ned og reise seg opp fra en stol i stedet for å instruere i å bøye og strekke i knær og hofter.

Det er viktig å legge opp til aktiviteter som oppleves lystbetonte og som gir en grad av gjenkjenning, som for eksempel aktiviteter personen har likt å gjøre tidligere. Mange personer med demens har problemer med å skille ut vesentlig fra ikke-vesentlig informasjon fra omgivelsene. Musikk kan for mange stimulere til bevegelse og dans. Andre vil oppleve musikk fra et musikknettverk som støt.

Tilrettelegging av omgivelsene gjennom å skjerme personen fra forstyrrende elementer gir bedre mulighet og konsentrasjon til å delta i målrettede aktiviteter. Tydelig instruksjon og god kommunikasjon er vesentlig for å skape en god ramme rundt aktiviteten.

- Gi personen tid til å respondere
- Gi enkle og korte instruksjoner
- Velg ord og begreper som gir gjenkjenning for personen
- Repeter instruksjonen om nødvendig.

Hva med Karl, Tove og Henriette?

Hva vet vi så om nytten av fysisk aktivitet for de tre personene bak historiene som ble presentert innledningsvis? Karl hadde lite initiativ og var lite fysisk aktiv, samtidig som fysisk og mental funksjon var blitt dårligere. Inaktiviteten virker negativt på Karls kognitive funksjon og bidrar ytterligere til initiativløshet og nedstemthet. Faste rutiner med fysisk aktivitetstilbud vil kunne gi ham forutsigbarhet og etter hvert en positiv forventning og vil også kunne brukes til å vedlikeholde hverdagsfunksjoner som å gå og å reise og sette seg.

Tove var urolig og vandret omkring. Hun beveger seg fremdeles relativt mye i løpet av døgnet. Tidligere forskning viser likevel at Tove kan ha nytte av strukturert fysisk trening. Slik trening vil kunne påvirke søvnmønstret og bidra til mindre rastløshet og negativ adferd.

Henriette var svært hjelpeavhengig og hadde begynnende tilstivning av ledd og trykksår. Hun var oppe og stod bare to ganger i løpet av et døgn. Hun kan fremdeles gå med personstøtte. Trening på å stå og gå vil være med å påvirke strekk i kroppen og dermed forebygge ytterligere tilstivning i bøyd stilling i leddene. Opprettholdelse av ståfunksjon vil også gjøre stell mindre fysisk krevende for pleiepersonalet. All aktivitet, også små korte sekvenser som å være mest mulig aktiv under oppreising fra stol eller gå til og fra spisesalen, vil være viktige insitamenter for å opprettholde fysisk så vel som mental funksjon best mulig.

Vi har alle behov for å være i aktivitet uansett fysisk og mental funksjon. Fysisk aktivitet er en svært virkningsfull «medisin» som har få bivirkninger. For at personer med demens i sykehjem skal få ivareta sine behov for aktivitet, er det viktig at vi erkjenner aktivitet som et grunnleggende behov!

■ jorunn.helbostad@ntnu.no

REFERANSER

1. Selbaek G (2006) Dementia need of quality improvement. Tidsskr Nor Laegeforen Aug 10;126(15):1892.
2. Shephard RJ (2002) Gender, Physical Activity and Aging. Boca Raton, Florida: CRC Press.
3. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. (2008) Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci Oct;63(10):1076-81.
4. Gill TM, Allore H, Guo Z (2004) The deleterious effects of bed rest among community-living older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci Jul;59(7):755-61.
5. Lipnicki DM, Gunga HC (2009) Physical inactivity and cognitive functioning: results from bed rest studies. Eur J Appl Physiol Jan;105(1):27-35.
6. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. (2009) American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc Jul;41(7):1510-30.
7. Rydwick E, Frandin K, Akner G (2004) Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. Age Ageing Jan;33(1):13-23.
8. Byrne A, Byrne DG (1993) The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. J Psychosom Res Sep;37(6):565-74.
9. King AC, Pruitt LA, Woo S, Castro CM, Ahn DK, Vitiello MV, et al. (2008) Effects of moderate-intensity exercise on polysomnographic and subjective sleep quality in older adults with mild to moderate sleep complaints. J Gerontol A Biol Sci Med Sci Sep;63(9):997-1004.
10. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ (2004) The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil Oct;85(10):1694-704.
11. Woodhead EL, Zarit SH, Braungart ER, Rovine MR, Femia EE (2005) Behavioral and psychological symptoms of dementia: the effects of physical activity at adult day service centers. Am J Alzheimers Dis Other Dement May;20(3):171-9.
12. Becker C, Kron M, Lindemann U, Sturm E, Eichner B, Walter-Jung B, et al. (2003) Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. J Am Geriatr Soc Mar;51(3):306-13.
13. Frandin K, Borell L, Gronstedt H, Bergland A, Helbostad JL, Puggaard L, et al. (2009) A Nordic multi-center study on physical and daily activities for residents in nursing home settings: design of a randomized, controlled trial. Aging Clin Exp Res Aug;21(4-5):314-22.

Tabell 1

Innhold i trening for sykehjemsbeboere for å opprettholde fysisk funksjon (13)

Øvelseskomponent	Gjennomføring
Oppvarming	Varighet 10-15 minutter, inkluder bruk av store muskelgrupper og start langsomt
Styrketrening	Fokus på store muskelgrupper. Bruk tyngdekraft, strikk av forskjellig tykkelse og elastisitet, vektmanşetter som motstand. Gjennomfør 10 - 15 repetisjoner av hver øvelse. Beregn flere uker for tilvenning. Når 10-12 repetisjoner utføres med letthet, økes motstanden
Trening av balanse og koordinasjon	Tren i ulike stillinger og på ulike bevegelser. Balansen utfordres gjennom å strekke seg, forflytte seg, skifte retning og tempo på bevegelser, lukke øynene, og gjennom å sitte/ stå/gå på mykt underlag og forsere hindringer. Tren både på å gjenvinne og opprettholde balansen
Øvelser i vektbærende stilling	Finn stillinger hvor personen helt eller delvis bærer vekten av kroppen sin
Utholdenhetstrening	Bruk ergometersykel eller aktiviteter hvor kroppen forflyttes, som å gå eller kjøre rullestol
Bevegighetstrening	Opprettholdelse av bevegighet ved å utføre store beveger. Øking i bevegelsesutslag ved systematiske tøyninger over tid

Heldige Hordaland

GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning – satser stort på musikkterapi i eldreomsorgen. Senteret tilbyr gratis kurs og rådgivning når det etableres nye musikkterapistillinger i eldreomsorgen i Hordaland. Når stilling for musikkterapi er etablert, kan institusjonen søke om økonomisk støtte til innkjøp av instrumenter.

G. C. Rieber Fondene har bevilget 100 000 kroner til dette formålet. GAMUT vil sørge for oppfølging av den ansatte musikkterapeuten gjennom rådgivning og innlemming i faglig nettverk. Institusjoner med musikkterapeut vil også kunne ta imot studenter fra musikkterapi-utdanningen ved Universitetet i Bergen.

GAMUT er opprettet i samarbeid med Bergen Røde Kors sykehjem, Løvåsen utviklingssenter for sykehjem og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS. (Red.)

UTDANNINGSTILBUD

 **Aldring og helse**
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE

Demensomsorg og alderspsykiatri

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

Opptak fra 1. mars. Fortløpende opptak fram til 1. mai.
Studiestart i slutten av august.

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:
www.aldringoghelse.no

Ytterligere opplysninger på telefon 33 34 19 50

engasjert for mennesket

VIDEREUTDANNING 2011

- **ALDRING OG ELDREOMSORG 60sp**
- **DEMENS OG ALDERSPSYKIATRI 30sp**

Diakonhjemmet Høgskole tilbyr tverrfaglige deltidsutdanninger for sykepleiere, sosionomer og andre med treårig høgskoleutdanning i helse- og sosialfag.

Søknadsfrist: 15. april.
Det er mulig å søke etter fristens utløp hvis det er ledige plasser. Studiestart i august/september.

For mer informasjon:
www.diakonhjemmet.no
Tlf. 22 45 19 81


Diakonhjemmet
Høgskole

På flotte turveier i Vågå synger brukerne av dagtilbudet «Mot i brystet» mens de går i takt, aller helst med diagonalgang for å styrke koblingen mellom høyre og venstre hjernehalvdel. Fra venstre: Assistent Ellen Preststulen, Signe, Gudmund, Margit, Ragnhild og leder Jorunn Heier.



■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Sprekt dagtilbud – gode bivirkninger

Det er ikke mye stillesitting for brukerne av dagtilbudet til personer med demens i Vågå. Bortsett fra en rolig stund rundt matbordet og en pust i bakken på en benk i hagen, går det stort sett i ett hele dagen.

De danser gammeldans, uansett vær går de daglig lange turer til fots og på ski, aker og bruker sparkstøtting. De jobber i hagen, sager ved og gjør gymnastikk. Dårlig kondis eller svekket balanse er et ikke-tema. Her er alle ute, om de så må forsere mark og gressbakker med gåstol eller krykker. Riktignok deles gruppen i to, så det blir en lengre tur på de sprekeste. Og Ragnhild, den yngste i gruppen, får flest utfordringer. Fordi hun har ressurser, fordi kroppen enda er ung. Det blir noen ekstra tøffe motbakker på henne, hun skal kjenne at hun blir ordentlig sliten.

Kjøkkenhagen er rikholdig, med poteter, tomater, kålplanter, blomster og bærbusker. Den krever sitt stell gjennom sesongen, og på ettersommeren skal det høstes inn, lagres, syltes og saftes. Alternativet til å delta her er å sage ved og sørge for vinterens forsyning. Nevenyttige mannfolk har foretatt enklere oppussing, lagt heller og satt opp gjerde. Alle deltar daglig under forberedelsene til det varme måltidet midt på dagen.

Alle ressurser skal brukes!

Demenssykepleier og leder av dagtilbudet Jorunn Heier vet at de er slitne, nesten utslitte, når de kommer hjem. Og hun vil at det skal være slik, for hennes erfaring er at jo mer fysisk aktivitet, jo bedre for både kropp og sjel.

– Min mening er at de skal bruke alle de ressurser de har, også fysisk. Målet etter endt dag er at de skal kjenne seg slitne på en god måte, de skal ha opplevd mye, de skal kjenne at de har brukt kroppen, sier Heier.

– De sitter og ligger stort sett det meste av døgnet ellers. Noe som ikke er så rart, når de fleste bor alene og har en sykdom som gjør dem passive, så de ikke er i stand til å aktivisere seg selv, sier hun.

Dans gjør underverker

– Vi har holdt på med dans et halvt års tid. Vi pleier å ta en halvtime rett etter middag. En av deltakerne som har vært innadvendt og initiativløs, stråler når vi danser. Nå kan hun uoppfordret by opp en av de andre i gruppen til en svingom, det ville ikke ha skjedd for noen måneder siden, sier Heier. Hun forteller at hjemmesykepleien har observert det samme: Etter at de begynte med regelmessige dansestunder har kvinner også blitt mer aktiv hjemme. Nå setter hun blant annet selv på kaffetrakteren, det skjedde aldri tidligere.

En annen av deltakerne har forholdsvis langt fremskreden Alzheimers sykdom. Hun har ikke språk lenger, men kan gå. Og danse.

– Det er viktig å gi de to kvinnene denne gleden hver gang de kommer. Kombinasjonen av å mestre, bruke kroppen, være i nået, kjenne musikkglede og være sammen uten å trenge ordene, er uvurderlig for deres livskvalitet.



Bilde til venstre:
Signe (t.v) har budt opp Ragnhild til dans. Å ta slike initiativ var fremmed for henne tidligere, men takket være jevnlig dansesunder er hun blitt mer utadvendt.

Bilde til høyre:
Gudmund sager daglig en god stabel ved som brukes til peisvarme gjennom vinteren. Han er sliten når han kommer hjem, og kona forteller at han har blitt mer aktiv og fått klarere språk etter at han ble med på dagtilbudet.

Bortsett fra én er alle i gruppen like glade i dans. Han er ganske ny her, hører dårlig og har aldri danset.

– Det er likevel ikke vanskelig å se at han gleder seg over å være her og se på de andre den stunden det varer. Konen hans har fortalt om en merkbart forandring etter at han begynte på dagtilbudet. Hun slet med å få ham ut eller i gang med ting, stort sett satt han foran TV-en hele dagen. Da han begynte her var han kjempe-sliten når han kom hjem, men prater tydeligere og mer sammenhengende og er blitt lettere å aktivisere.

Diagonalgang mot ustø gange

Jorunn Heier har vært leder av dagtilbudet i Vågå siden oppstarten for ti år siden. Hun blir ofte invitert til å holde foredrag for andre kommuner.

– Jeg stortrives i jobben, men blir litt sliten av å skulle være kreativ hele tiden. Gruppen trenger ulike aktivitets-tilbud etter som forskjellige brukere kommer og går.

Nylig var jeg på et inspirerende kurs med lege Audun Myskja. Han fortalte om hvordan alle mennesker har en innebygd takt i seg. At om vi finner denne takten så skjer det en merkbart og positiv endring. Så nå har vi begynt å synge mens vi går diagonalgang. Jeg kan se at det har en effekt på de ustøe og svimle. Vi synger viser som «Mot i brystet» mens vi marsjerer av gårde.

Bor hjemme lenger

Jorunn Heier er ikke i tvil om at dette er et viktig tilbud:

– De holder seg friskere lenger. Vi har hatt brukere med Alzheimers sykdom her nesten helt frem til deres død. De kunne bli boende hjemme lenger fordi den fysiske formen ble holdt oppe gjennom mosjon og aktiviteter, og fordi de pårørende fikk nødvendig avlastning til å greie påkjenningen. Ved å komme hit klarer mange å bevare funksjoner som ofte går tapt om de bare er i sykehjem eller hjemme.

:fakta

- Målsetting med Vågå dagtilbud for personer med demens: Brukeren skal ha opplevd å ha mestret noe, kjent at han har betydd noe for andre og kjent glede. Funksjonsnivået skal holdes oppe så lenge som mulig.
- Dagtilbudet leier en gammel, liten tømmerhytte i utkanten av gårdstunet til den tidligere landbruksskolen Klones i Vågå. Huset har små, trivelige rom, peisestue, kjøkken, hobbyrom og soverom. Seks brukere, en demenssykepleier, aktivtør og sjåfør er tilknyttet prosjektet.
- Demenssykepleier Jorunn Heier er leder, i tillegg er hun koordinator for demensteamet i kommunen og sitter som fagperson i pårørendegruppen.
- Dagtilbudet har tilgang til gymsal, snekkerverksted, skolekjøkken, gartneri, drivhus, seteranlegg og uteområde. Hageanlegget er mest i bruk.
- Kriteriene for inntak er at man har kognitiv svikt, bor hjemme og er i forholdsvis god fysisk form. Det er ingen formelle retningslinjer for når en bruker ikke lenger anses egnet for tilbudet, men det opphører når han ikke lenger har glede av det, er blitt for dårlig og av ulike grunner ikke passer inn i gruppen lenger, eller kommer på sykehjem.
- Inn på tunet-tiltak (tidligere Grønn omsorg) er tilrettelagte tjenestetilbud på private gårdsbruk. Les mer på www.innpaataunet.no



Legetjeneste i sykehjem – deltid eller heltid?

«Svartepersillet om sykehjemmene fortsetter. Det lover ikke godt for dem som føler dette på kroppen – for en stor del de eldre!»

Begrepet sykehjem ble introdusert omkring 1955. Sykehjem erstattet de gamle pleiehjemmene. Samtidig skulle det signalisere at institusjonene skulle være mer aktive i medisinsk henseende. Sykehusloven av 1970 gav fylkeskommunen ansvar for å bygge ut og drive sykehjemmene. Forutsetningen var å skape en ressurssterk medisinsk institusjon (1). I 1988 ble ansvaret for sykehjemmene tilbakeført til kommunen. Sykehjemsforskriften fra 1988 nevner oppgaver som sykehjem skal ta seg av: medisinsk attføring, avlastning, permanente opphold, skjermet enhet for senil demente og terminal pleie (2). I NOU 1997: 17 (Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester) refereres Sosialkomiteens begrunnelse for omleggingen: «... sykehjemmene aldri ble det de var forutsatt å være, det vil si et alternativ til sykehus for kronisk og langvarig syke. De var i større grad blitt en integrert del av omsorgsapparatet for eldre og funksjonshemmede» (1).

Spørsmålet er om sentrale helsemyndigheter hadde vilje til å satse på egne planer? Flere sykehjem som ble bygget i denne perioden var utformet som sykehus, men de ble ikke utrustet til å kunne påta seg de tiltenkte funksjonene. I rapporten «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester» bemerkes innledningsvis: «Ambisjonene for sykehjemmene har vekslet mellom hovedvekt på oppgaven som helseinstitusjon for aktiv behandling og på sykehjemmet som et hjem for de som er blitt for pleietrengende til å klare seg hjemme, frem til dagens satsing på begge deler» (3). Diskusjonen om hvilken funksjon som skal vektlegges mest pågår fortsatt. I en brosjyre fra Sykehjemsetaten i Oslo beskrives sykehjem som: «En

institusjon der du kan bo og leve, og samtidig få dekket dine behov for helse-, pleie- og omsorgsoppfølging» (4). I et brev til Kommunal- og regionaldepartementet leverte Norsk Form et innspill til boligmeldingen hvor det blant annet heter: «... vi valgte å bruke ordene omsorgssentra eller omsorgsboliger og ikke sykehjem. Begrunnelsen er at begrepet sykehjem er stigmatiserende, og at det definerer en stor gruppe beboere som trenger omsorg og pleie, men som i tillegg er mennesker» (5). Betoning av sykehjem som sosiale institusjoner har imidlertid lengst fått gjennomslag. Det reflekteres i navnebruken «bo- og servicesentre eller omsorgsentre», og pasientene omtales som «brukere» eller «beboere». Det skal medgis, det er ikke alltid enkelt å trekke et skarpt skille mellom funksjon som bolig og aktiv medisinsk behandlingsinstitusjon.

Sammensatte oppgaver

Kroniske sykdommer og perioder med forverrelse av subjektive plager ledsager alderdommen hos mange. Medisinske fremskritt har satt oss i stand til bedre å diagnostisere og behandle mange akutte og kroniske lidelser som hos skrøpelige gamle krever kvalifisert medisinsk oppfølging. Dagens sykehjem konfronteres med et vidt spekter av oppgaver som krever variert medisinsk kompetanse. Samhandlingsreformen, når den trer i kraft, vil i ennå større grad stille krav til medisinske kvalifikasjoner og ytterligere skjerpe kravene til sykehjemmenes medisinske funksjon dersom dens motto «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» skal realiseres (6).

Sykehjemslegen

I 1999 ble det utført en landsomfattende kartlegging av legetjenester i sykehjem (7). Det kom inn 624 utfylte institusjonsskjema av 780 mulige. I alt deltok 782 sykehjemsleger hvorav 560 hadde allmenn praksis som hovedstilling. Trettifire prosent hadde valgt oppgaven fordi de ønsket det, 35 prosent ble pålagt oppgaven. Tre firedeler ville (på tidspunktet da undersøkelsen ble utført) igjen valgt å arbeide på sykehjem, halvparten av disse ble i sin tid pålagt sykehjemstjeneste. Når de samme legene ble spurt om hvordan legetjenesten fungerte, vurderte 18 prosent legetjenestene til å være

Tabell 1**Hvilken tid sykehjemsleger i Oslo har til å utføre viktige oppgaver knyttet til legefunksjonen**

Funksjon	Svært lite	I noen grad	Nokså stor grad ¹	I stor grad ¹	Antall besvarelser
I hvilken grad får du tid til:					
Diagnostisering, behandling og oppfølging av akutte, kroniske og terminale sykdommer og symptomer?	6	31	51	13	55
Omsorg ved livets slutt (kreftpasienter og andre terminale pasienter)?	16	43	29	11	55
Syning og utskrivelse av dødsattester?	22	22	28	28	54
Innkomstsamtaler (pasient og pårørende)?	13	36	38	13	53
Pårørendesamtaler?	11	50	28	11	54
Å lage og oppdatere arbeidsrutiner?	31	47	18	4	55
Oppfølging og ansvar for medisinhåndtering, smittevern, vaksinasjoner o.a.?	29	53	11	7	55
Internundervisning?	62	29	4	6	55
Tverrfaglig internt samarbeid med sykepleiere, hjelpepleiere, musikkterapeut, fysioterapeut, ergoterapeut, prest, tilsynsfarmasøyt o.a.?	19	45	26	9	53
Samarbeid med lokalsykehus og andre spesialister?	23	19	25	4	53
Samarbeidet med andre samarbeidspartnere som institusjonssjef, etat/kommune, hjemmetjenesten, fastleger etc.?	40	40	18	2	55

¹ Tall angitt i prosent, avrundet til nærmeste hele tall.Omarbeidet etter Oslo Legeforening. Sykehjemsleger i Oslo. www.legeforeningen.no/id/124739.0, nedlastet 16.12.2010.

«svært bra», 62 prosent «brukbart», 11 prosent «svært varierende» og fem prosent «dårlig». Resultatene samsvarte bra med opplysningene som institusjonslederne ga. Samme undersøkelse påpekte også at flere leger hadde manglende forståelse av nytten av tverrfaglig samarbeid, og kun 10 prosent hadde gitt planlagt undervisning i løpet av de siste fire ukene før undersøkelsen ble gjennomført. Videre fant man en positiv sammenheng mellom antall legetimer per uke og hvor mange legeoppgaver som ble utført på sykehjemmet. Tilsvarende fant Paulsen og medarbeidere en klar sammenheng mellom antall legetimer og pleiepersonalets oppfatning av legetjenestens tilstrekkelighet, i en undersøkelse ved 29 sykehjem hvor man fortrinnsvis hadde langtidspasienter (8). Det påpekes at særlig evnen til å dekke informasjon til pårørende og behov for akutt medisinsk utredning ble vurdert til å ha betydelig forbedringspotensial. I en spørreundersøkelse blant sykehjemsleger i Oslo (55 av 97 forespurte leger, 53 prosent fastleger) rapporterte en betydelig andel at de «i svært liten grad eller kun i noen grad» hadde tid til å utføre vesentlige oppgaver relatert til deres stilling som sykehjemsleger (se tabell 1) (9).

I en intervjubasert undersøkelse ved 11 sykehjem og ett bokollektiv som innbefattet leger (i deltids- og heldagsstilling), sykepleiere, sykehjemsledelse og kommunal helseadministrasjon, argumenteres det for bruken av betegnelsen sykehjemslege: «Som en konsekvens av behovene for legers integrering i det helhetlige tilbudet på institusjoner, anbefales det at betegnelsen

tilsynslege opphører, og at tittelen sykehjemslege innføres. Betegnelsen tilsynslege gir signaler om at det er en lege som kommer innom for å utøve medisinsk tilsyn til pasientene. Sykehjemslege gir derimot signaler om en lege som er integrert i et helhetlig institusjons-tilbud» (10).

Dette er en viktig presisering som gjenspeiler det mange sykehjemsleger oppfatter som sin funksjon i sykehjem. Studien konkluderer med at ikke modellen, men følgende forhold er avgjørende for innhold og kvalitet på legetjenesten (10):

- tid og tilgjengelighet
- kjernetid på institusjonen
- tilgjengelighet for øvrig
- kompetanse hos legen
- den genuine interessen hos legen for eldre og «eldremedisin»
- legens integrasjon i institusjonen som helhet.

Myndighetene – bleke og blodfattige

Undersøkelser tyder på at der er en klar relasjon mellom antall legetimer og tilfredshet med legetjenestene (7, 8). Det er en generell enighet om at legedekningen i sykehjem er for lav (11, 12). Til tross for at mange leger som arbeider i sykehjem opplever tjenesten som utfordrende og meningsfylt, er det vanskelig å rekruttere leger til sykehjem (13). Det kan ha faglige årsaker og status, men økonomien spiller også en rolle.

Det finnes ikke nasjonale normer for legetjenesten i sykehjem. Den første Soria Moria-erklæringen tok mål av seg til å rette på dette (14). I 2005 fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide kriterier for minstenorm for legedekning i sykehjem. Etter nærmere ettertanke kom man frem til at det ikke var grunnlag for å anta at legedekningen i sykehjem generelt var ufor-svarlig. Likevel fant man forhold som tydet på at lege-dekningen i mange kommuner ikke kunne innfri direkto-ratets krav til god kvalitet (12). Løftet om en nasjonal normering endte med en slapp konklusjon: det må utøves varsomhet med hensyn til å tallfeste en nasjonal bemanningsnorm for legetjenester i sykehjem. Oppfølge-ren «Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommu-nene» inneholder gode, men uforpliktende forslag, og det skisseres oppgaver som omfatter tre områder (15):

Individrettet. Tid og kompetanse til å løse de individret-tede oppgavene, samtaler med pasient og pårørende, tverrfaglig arbeid samt dokumentering av dette arbeidet

Institusjonsrettet. Legen har ansvar som medisinsk-faglig rådgiver for ledelsen. Legen bør delta i utvikling og gjennomføring av internkontroll- og kvalitetssystemer og i internundervisningen i sykehjemmet, utarbeiding av medisinskfaglige retningslinjer og prosedyrer, utvik-ling av rutiner knyttet til legetjenesten og retningslin-jer ved etiske og juridiske problemstillinger, legemid-delrutiner, journalrutiner, infeksjonskontrollprogram, program for internundervisning

Forhold til eksterne aktører. For eksempel samarbeid mellom sykehus og sykehjem, ansvars- og oppgave-fordelingen i forhold til pasientenes fastlege, ikke minst for pasienter på korttidsopphold.

Dokumenterte avvik

I 2008 foretok Sosial- og helsedirektoratet en vurdering og oppsummering av resultatene av kommunenes arbeid med lokal normering av legetjenester i sykehjem (13). Nær halvdelen av landets kommuner hadde gjennomført den anbefalte normeringsprosessen. Til tross for at det ble dokumentert en prosentuell økning i legedekningen på 19 til 48 prosent, påpekte man store mangler med hensyn til systematisk kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

I desember 2010 kom Statens helsetilsyn med en rapport fra tilsyn ved 67 sykehjem for perioden 2008-2010 (16). Ved 51 av sykehjemmene ble det påvist avvik fra regelverket, hos de fleste påpekte tilsynet flere avvik:

- uklare ansvarstilhøve rundt legetenesta
- for lite tid for legen til å gå gjennom legemiddel-behandlinga av pasienten på ein god nok måte
- for lite tid og kompetanse hos pleiepersonell som skulle samarbeide om legemiddelbehandlinga når legen var fråverande
- uklart korleis lege og pleiepersonell skulle samarbeide om legemiddelbehandlinga, og korleis pleiepersonellet skulle observere og rapportere om verknader av legemidla
- uklart kvar ein kunne finne viktige opplysningar i kombinerte elektroniske og papirbaserte journalar

- mangelfull journalføring av nødvendige og relevante opplysningar om legemiddelbehandlinga
- separat elektronisk journalsystem for sjukeheimslegen utan lesetilgang for anna helsepersonell.

I samme rapport konstateres at samhandlingsreformen sannsynligvis vil øke omfanget av pasienter med kreven-de legemiddelbehandling i sykehjemmene (16).

Noen av følgene av det som omtales i ovennevnte rapport fremgår i en undersøkelse vedrørende akuttinn-leggelses av pasienter i livets slutfase fra sykehjem i Bergensregionen (26 pasienter) til sykehus (17). I 14 tilfeller forelå skriv fra lege, 12 var sett av lege før innleggelsen, åtte var innlagt av sykepleier uten forut-gående kontakt med lege, notat fra sykepleier forelå hos 18, mens hos fire manglet aktuell medikamentliste. Alle pasientene døde innen 48 timer, hos 25 var dødsfallet forventet. Det konkluderes med at mange av pasientene i studien ikke fikk tilstrekkelig medisinsk vurdering før innleggelse i sykehus.

Hva mener legene?

Lorentsen fremhever genuin interesse hos legen for eldre og eldremedisin som ett av forholdene som er avgjørende for innhold og kvalitet på legetjenesten i sykehjem (10). At det ikke er satt krav til faglig kompe-tanse eller kompetanseutvikling for å være sykehjems-lege, må antas å være en av årsakene til at sykehjems-medisinen har lav faglig status (18). Dette er avgjort en medvirkende faktor til laber interesse for å arbeide på sykehjem.

Med den store variasjonsbredden i antall innbyggere i kommunene og tilsvarende spredning i størrelsen på sykehjem (medianverdien for antall plasser i sykehjem er 34, variasjonsbredde noen få til 236 plasser), må en nasjonal standard tilpasses lokale forhold og den profil som kommunen legger opp til. Normeringen må for eksempel ta hensyn til hvilke pasientgrupper som dominerer den enkelte institusjon. Korttids- og rehabi-teringsopphold krever mer enn langtidsopphold, og omsorg for personer med demens kan være mer arbeids-krevende enn for mentalt friske personer.

I Legeforeningens kommentar til «Legetjenester i sykehjem» (15) opprettholdes kravet om nasjonale normer. Samtidig formuleres forslag til bemannings-normer som tillater fleksible løsninger (19):

- En uketime per tre langtidsplasser, det vil si én lege for 90 pasienter
- Halvannen uketime per korttids plass for opphold av tre-fire ukers varighet, det vil si én lege for 20 pasienter
- Tre uketimer per én rehabiliteringsplass for mer aktivt utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, det vil si én lege for 10 pasienter
- En uketime per to plasser i spesialavdelinger for demente med atferdsproblemer, det vil si én lege for 60 pasienter
- Fem uketimer per plass spesielt beregnet for palliativ behandling og/eller terminalomsorg, det vil si én lege for seks pasienter

- For å gi økt fleksibilitet og tilgjengelighet bør 40 prosent av sykehjemslegenes arbeidstid være ubundet, og det bør settes av tid og ressurser til forskning.

De fleste sykehjem har lege i deltidsstilling, vanligvis en allmennpraktiserende lege. Stillingsprosenten varierer, men det er foreslått en stillingsbrøk på 20-40 prosent. Prosentandelen som tilfaller legens allmennpraksis bør ikke være lavere enn 60-70 prosent (18).

Deltid eller heltid?

Hvilken ordning er best egnet til å sikre god kvalitet på legetjenester i sykehjem, lege i deltidsstilling eller i heltidsstilling? Måten man utfører sin oppgave på vil blant annet påvirkes av personlige forhold/egenskaper, uavhengig av om man er ansatt i deltids- eller heltidsstilling (8, 10). Tilgjengelighet er vesentlig. Fastlegeordningen gir kommunen mulighet til å pålegge legen å utføre kommunale tjenester for eksempel som sykehjemslege, men tvang er knapt et godt insitament til økt motivasjon.

I små kommuner med ett sykehjem eller i sykehjem med få pasienter vil legetid mellom 20 og 40 prosent knapt være et problem. Legen vil være godt kjent med miljø og pasienter. Dersom legekontoret er samlokalisert med sykehjemmet eller i umiddelbar nærhet, vil situasjoner hvor man har behov for rask hjelp også kunne håndteres. I større sykehjem hvor man må regne med mer aktivitet, kan et kompromiss om stillingsbrøk mellom sykehjemmets behov for hjelp utenom de faste dagene, komme i konflikt med legens privatpraksis, selv om det foreligger en beredskapsavtale. Jeg stiller meg tvilende til at mange problemer kan løses per telefon, selv med kompetente sykepleiere på vakt. Uklare behovsfor skrivinger for eksempel, kan pålegge sykepleier medisinske avgjørelser som burde vært legens ansvar. Bruk av legevaktsleger er heller ikke ansett som en god løsning på akutte problemer (20).

Etter min oppfatning vil lege i heltidsstilling med større sannsynlighet borge for at legen vil kunne ta hånd om det spekter av oppgaver som er omtalt i Legetjenesten i sykehjem – en veileder for kommunene (15). Lege i heltidsstilling vil ha bedre mulighet til å prioritere og konsentrere seg om dagsaktuelle problemer. Heltidsstilling vil gi bedre kontinuitet og legens plass i ledergruppen vil falle naturlig. Legearbeidet i sykehjem er praktisk rettet mot pasientens livskvalitet og mindre teknisk preget enn for eksempel i sykehus. Samspillet mellom yrkesgruppene blir tettere og legen opplever umiddelbart hvorledes behandling/tiltak fungerer i pasientens hverdag. Mulighetene til å påvirke fagutvikling vil også være større. Også for lege i heltidsstilling må forholdet mellom antall timer/pasienter legges til grunn for den totale legedekningen. Dersom antallet, henholdsvis pasientkategori, skulle tilsi at det er behov for mer enn én lege, kan dette suppleres med flere heltids- eller deltidsstillinger. Kommuner med flere sykehjem som hver for seg ikke kvalifiseres til en heltidsstilling, har mulighet for samarbeid om lege i heltidsstilling.

Defineringen av sykehjemmenes funksjon i helsevesenet styres gjennom politiske vedtak. Gjennomføring er avhengig av politisk vilje. Sentrale myndig-

heter stimulerer med økonomisk støtte til økt bygging av sykehjem. På den annen side definerer de seg ut av ansvaret for driften av sykehjemmene, men forbeholder seg retten til å kikke. Svartepersillet om sykehjemmene fortsetter. Det lover ikke godt for dem som føler dette på kroppen – for en stor del de eldre!

■ harald.nygaard@hotmail.co.uk

REFERANSER

1. Norges offentlige utredninger. Finansiering og brukerbetalning for pleie- og omsorgstjenester. NOU 1997:17. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
2. Sosial- og helsedepartementet (1997) Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988 med endringer av 1997). Oslo.
3. Sosial- og helsedepartementet (1999) Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Oslo.
4. Oslo kommune: Fritt sykehjemsvalg i Oslo kommune. www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no (15.12.2010).
5. Norsk Form. Innspill til boligmeldingen. http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/BOBY/horinger/innspeil_bygnpol/norskform.pdf. (03.01.2011).
6. St.meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
7. Waaler H, Nilsen J (1999) Legetjenester i sykehjem: en nasjonal kartlegging. Helsetilsynets utredningsserie 8 - 99. Oslo: Statens helsetilsyn99.
8. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T, Nygård L (2004) Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF Unimed.
9. Måseide P (2007) En undersøkelse av Oslo legeforening om legetjenester i sykehjem i 2007. www.legeforeningen.no/id/124739.0 (16.12.2010).
10. Lorentsen Ø (2005) Legetjenester til brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov. Oslo: Rehab-Nor.
11. Høie I (2004) Nei til bemanningsnorm for leger i sykehjem. Tidsskrift for Den norske legeforening; 124: 1560.
12. Sosial- og helsedirektoratet (2005) Normering av legetjenester i sykehjem. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet om kriterier for en mulig minstenorm for legedekningen ved norske sykehjem og andre aktuelle tiltak for å bedre kvaliteten på det medisinske tilbudet i sykehjemmene. Oslo.
13. Helsedirektoratet (2008) Kommunenes lokale normering av legetjenesten i sykehjem. Oslo.
14. Soria Moria-erklæringen. Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09. Oslo, 2005 (13.01.2011).
15. Sosial- og helsedirektoratet (2007). Legetjenesten i sykehjem – en veileder for kommunene. IS-1436. Oslo.
16. Statens helsetilsyn (2010) Sårbare pasienter utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008/2010. Rapport fra Helsetilsynet 7/2010. Oslo.
17. von Hofacker S, Naalsund P, Iversen G, Rosland J (2010) Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets sluttfase. Tidsskrift for Den norske legeforening; 130: 1721-1724.
18. Den norske legeforening (2007) Høringsdokument. Utredning om spesialistutdanning av leger. Oslo: Den norske legeforening. www.sop.no/asset/38289/1/38289_1.doc (20.01.2011).
19. Den norske legeforening (2007) Lokale bemanningsnormer i sykehjem – kommentar til veileder fra Sosial- og helsedirektoratet. Oslo, 2007. www.legeforeningen.no/asset/35569/1/35569_1.pdf
20. Bakken C (2008) Ønsker legevaktsordning på sykehjem. Tidsskrift for Den norske legeforening; 128: 361.



Ikke glemsk, men glemt?

Alderspsykiatri og kommunale tilbud i Telemark og Vestfold

Opptrappingsplanen for psykisk helse har uten tvil hatt stor betydning for styrking av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det ble imidlertid ikke lagt føringer for at noe av de øremerkede midlene skulle gå til utvikling av tjenester og tilbud for eldre personer med psykiske lidelser.

Som en følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1) har kommunene og førstelinjetjenesten gradvis fått større ansvar for å yte tjenester som er nødvendige for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne bo hjemme.

Intensjonen har vært at tilbudet skal være nært brukeren, og man skal tilstrebe et tett samarbeid på tvers av kommunale etater og mellom de ulike nivåer. Målet er å kunne gi et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud.

Gjennom hele den tiårige planperioden fikk kommunene øremerkede midler, men det ble ikke lagt føringer for at noen av disse midlene skulle gå til tjenester til eldre med psykiske lidelser.

Mange eldre med psykiske helseplager

Forekomst av depresjon blant personer over 65 år er mellom 12-19 prosent, hvorav to til fire prosent lider av alvorlig depresjon (2). Med bakgrunn i at det i 2007 var 56 000 personer over 67 år i Vestfold og Telemark (3),

antas det at det er omlag 1 100-2 200 i denne aldersgruppen med en alvorlig depresjon i disse to fylkene. I tillegg vil flere tusen ha lettere depressive symptomer. Nyere undersøkelser viser at forekomst av depresjon hos sykehjemspasienter er 21 prosent (4).

Når det gjelder angstlidelser finnes ingen gode norske studier, men det antas at forekomst av alle grader av angst blant eldre over 65 år trolig er mellom fem og ti prosent. Tar man med angst som symptom ved annen sykdom, stiger forekomsten til ca. 15 prosent (2). Funksjonelle psykoser som debuterer i høy alder er sjeldne lidelser, og det finnes ingen norske studier som kan si noe om forekomsten av disse tilstandene.

Alvorlig depresjon, angst og psykoser er alle lidelser som krever tett oppfølging og individuell behandling. Spesialisthelsetjenesten vil ved alvorlige og sammensatte tilfeller ha ansvar for diagnostisering og igangsetting av tiltak. Deretter vil den alderspsykiatriske pasienten i de aller fleste tilfeller bli fastlegens og primærhelsetjenestens ansvar. Sosial støtte og miljøtiltak, regnes som «god medisin». Dette kan være tiltak som dagsenter, samtalegrupper, støttekontakt, tilrettelagte botilbud eller oppfølging av psykiatrisk sykepleier.

Hva tilbyr kommunene?

Fra spesialisthelsetjenesten ønsket vi å få en oversikt over hvilke tilbud kommunene i Telemark og Vestfold har til eldre med psykiske lidelser. Derfor ønsket vi å kartlegge dette og samtidig også få vite i hvilken grad tilbudene benyttes og om kommunene har planer om nye tiltak for målgruppen. Vi ønsket også å få kunnskap om hvordan primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fremover kan samarbeide om å bygge opp et helhetlig tilbud til denne pasientgruppen.

Målgruppen for undersøkelsen er personer med en alderspsykiatrisk lidelse, hvor den psykiatriske lidelsen utløser behov for hjelp fra kommunehelsetjenesten. Det vil si eldre personer med depresjon, angst eller psykose, der lidelsen har debutert etter 65 år. Vi utelater personer som har en psykiatrisk lidelse diagnostisert før 65 år og alle som har en diagnostisert demenssykdom.

Vi har data på hvilke tilbud spesialisthelsetjenesten gir til denne pasientgruppen (5), men vet lite om kommunale tilbud til alderspsykiatriske pasienter.

Prosjektet er gjennomført som et samarbeid mellom Psykiatrien i Vestfold, Seksjon for alderspsykiatri Sykehuset Telemark, Alderspsykiatrisk fag- og forskningsnettverk TeVe og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Metode og materiale

Undersøkelsen er en kvantitativ kartleggingsundersøkelse og består av to deler:

1. Telefonintervju av fagpersoner i kommuner.
2. Spørreskjema til alle fastleger.

Det ble utarbeidet et strukturert spørreskjema som telefonintervjuet var basert på.

Hver kommune ble kontaktet for å finne frem til den/ de fagpersoner som hadde best oversikt over tilbudet til eldre med psykiske lidelser i sin kommune. Som regel var dette psykiatrikoordinator, leder for hjemmetjenesten/ virksomhetsleder eller leder for tildelingsteamet i kommunen. I den første telefonkontakten ble det informert om undersøkelsen. Spørreskjema, samt brev om hensikt med og bakgrunn for undersøkelsen, ble etter avtale sendt via e-post eller post. Samtidig ble tidspunkt for telefonintervju avtalt, omtrent to-tre uker senere.

Spørsmålene var konsentrert om kartlegging av hva som finnes av tilbud og om tilbudene benyttes av vår målgruppe. Er eldre med psykiske lidelser nevnt i kommunale planer, og hva ønsker kommunene av bistand fra spesialisthelsetjenesten?

Telefonintervjuene foregikk i perioden november 2007 til mai 2008. Bruk av telefonintervju førte til høy svarprosent samtidig som intervjuerne fikk anledning til å presisere hvilken målgruppe en var ute etter. Bruk av strukturert spørreskjema ga også mulighet for å komme med forskjellige innspill.

Til 302 fastleger ble spørreskjemaet tilsendt per post. I skjemaet spurte vi hvor mange eldre pasienter med depresjon, angst eller psykose med debut etter 65 år hver lege hadde i sin praksis. Vi ønsket også å vite hvordan de vurderte samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Resultater

Resultatene som foreligger er basert på svar fra fagpersoner i 29 av 32 kommuner. Noen av kommunene manglet oversikt over enkelte tilbud til vår målgruppe, spesielt gjaldt det fire bykommuner.

Ingen av kommunene hadde tilbud spesielt tilrettelagt for denne gruppen. Flere informanter påpekte at brukerne får tilbud etter behov, uansett diagnose og debut av lidelsen(e). Ni fagpersoner i kommunene var fornøyde med det tilbudet de kunne gi pasientgruppen, og mente pasientene fikk tilbud etter behov.

Fra 13 kommuner svarte fagpersoner at de trodde at disse pasientene ikke ble fanget opp, og at dette er en gruppe eldre som har vært nedprioritert når det gjelder tjenestetilbud.

Mange kommuner oppgir at de også har lavterskeltilbud som denne pasientgruppen kan benytte seg av, samtidig som informantene oppgir at det er få i målgruppen som faktisk benytter tilbudene. Eksempel på lavterskeltilbud ved aktivitetssentre kan være kurs, foredrag, fysisk trening eller sosialt samvær.

Det viste seg at få eldre i målgruppen er brukere av kommunale tjenester i de to fylkene (se tabell). Tre kommuner opplyser at de ikke vet om noen som er i målgruppen (en av disse kommunene har et innbyggertall mellom 5-10 000, mens de to andre kommunene har under 5 000 innbyggere).

Alderspsykiatriske brukere av kommunale tjenester i Telemark og Vestfold (29 kommuner): Kun fire kommuner oppgir at de har konkrete planer om nye tilbud til alderspsykiatriske pasienter. Dette dreier seg om to dagtilbud og to botilbud.

Hva sa fastlegene?

Fra fastlegene fikk vi 70 svar, det vil si en svarprosent på 23. I skjemaene har legene gjort et anslag av hvor mange pasienter de har i vår målgruppe. Vi kan ikke gå ut fra at dette er representativt, men legene som har svart, har fanget opp mange. Av 70 fastleger som har svart, sier 69 at de har pasienter i målgruppen. Av disse

Alderspsykiatriske brukere av kommunale tjenester i Telemark og Vestfold (29 kommuner)

Tilbud	Antall brukere
Dagtilbud	57 personer
<i>4 kommuner manglet oversikt</i>	- 28 i dagtilbud for voksne med psykiske lidelser - 27 i dagtilbud til eldre brukere - 2 i grønn omsorg
Individuell plan	4 personer
<i>6 kommuner manglet oversikt</i>	
Psykiatritjeneste	112 personer, dvs. 4 prosent av samtlige brukere i psykiatritjenesten
<i>2 kommuner manglet oversikt</i>	En kommune oppgir at de ikke gir tilbud til denne pasientgruppen
Botilbud	86 personer
<i>3 kommuner manglet oversikt</i>	34 personer i omsorgsbolig m/bemannings 23 personer i omsorgsbolig u/bemannings 26 personer i sykehjem 1 person i trygdebolig 2 personer i eldresenter
Støttekontakt	33 personer
<i>4 kommuner manglet oversikt</i>	
Hjemmesykepleie	139 personer
<i>7 kommuner manglet oversikt</i>	
Korttids/avlastningsplass	37 personer
<i>8 kommuner manglet oversikt</i>	

er det 11 som ikke har oppgitt antall. De resterende 58 legene anslår til sammen å ha 785 eldre pasienter med depresjon, 850 med angst og 80 med psykose.

Av de legene som har svart, er det 66 prosent i begge fylker som vurderer at det kommunale tilbudet til denne pasientgruppen er for dårlig. Ifølge kommentarene som foreligger, kan leger innen samme kommune vurdere kommunens tilbud forskjellig. Det kan tyde på at tilbudene ikke er like godt kjent for alle.

Samhandling

Legene er stort sett godt fornøyde med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Flere kommenterer viktigheten av god tilgjengelighet for råd og veiledning på telefon. Noen mener ventetiden for konsultasjon/innleggelse kan være for lang.

De aller fleste informantene, både fagpersoner i kommunene og fastlegene, fremholdt diagnostikk som den viktigste tjenesten de ønsket fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg kom vurdering av medisiner, miljøtiltak og omsorgsnivå. De fleste ønsket at tjenestene skulle ytes i form av utadrettet virksomhet med ambulante vurderinger og kortvarige innleggelser.

Mange påpekte også viktigheten av kompetanseoverføring gjennom veiledning og undervisning til den kommunale helsetjenesten.

Mange spørsmål uten svar

I undersøkelsen har det vist seg å være vanskelig å få frem presise tall om forekomst, behov og tilbud. Ingen kommuner i Telemark eller Vestfold har tilbud spesielt tilrettelagte for alderspsykiatriske pasienter. Kun fire kommuner har konkrete planer om å etablere tilbud til alderspsykiatriske pasienter.

Svarprosenten i spørreundersøkelsen blant legene er lav. Kanskje er det de mest interesserte legene som har tatt seg tid til å svare, eller de med størst andel av eldre pasienter? De legene som har svart synes imidlertid å ha god oversikt over antall eldre med psykiske lidelser.

Vi kan ikke være sikre på om det kun er målgruppen som er tatt med i svarene som foreligger fra legene, eller om noen leger har oppgitt alle alderspsykiatriske pasienter de har, uansett debut av lidelse.

Mange kommuner rapporterte underveis at undersøkelsens målgruppe var for snever. Det viste seg å være vanskelig for fagpersonene i kommunene å vite når pasientenes psykiske lidelse hadde debutert. Flere påpekte at mange eldre hadde sammensatte problemer, og at det ofte var tilfeldig om det var den psykiske eller somatiske lidelsen som utløste kommunale hjelpetiltak. Betegnelsen «psykisk sykdom som debuterer etter fylte 65 år», er således av størst interesse for spesialisthelsetjenesten som kanaliserte pasientene til allmennpsykiatrien eller alderspsykiatrien ut fra debutalder. For kommunene som må ta seg av alle pasienter uavhengig av debutalder, er en slik oppdeling lite hensiktsmessig.

Uansett er det et stort sprik mellom antatt forekomst av eldre i målgruppen og antall som benytter seg av kommunale tilbud. Dette er overraskende og vi har

undret oss over hvorfor det er slik. Er det på grunn av at de eldre selv ikke har noe ønske om et kommunalt tilbud? Blir eldre pasienter med psykiske lidelser tilstrekkelig informert om kommunens tilbud? Finnes ikke de «riktige» tilbudene i kommunen? Hva er riktig tilbud? Henviser ikke fastlegene til tjenester i kommunen, og i så fall hvorfor ikke? Hva med kompetansen blant helsepersonell i kommunene med hensyn til å fange opp eldre med psykiske vansker? Har helsepersonell i kommunen tilstrekkelig kunnskap om hva slags tilrettelegging eldre med psykiske lidelser trenger for å kunne delta i og ta imot tilbud? Svikter det i oppfølging og samarbeid på tvers av, og mellom nivåene?

Er det sviktende samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunen ved utskrivning av pasienter fra sykehus? Har DPS tilstrekkelig fokus på eldre pasienter og samarbeid ved overføring til kommunale tilbud?

Lite fokus – få planer

Utvikling av tjenester og tilbud for eldre personer med psykiske lidelser har hatt lite fokus i offentlige plan-dokumenter. Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (6) påpeker at det fortsatt er hull i tilbudet og behov for ytterligere innsats i forhold til eldre med psykiske lidelser. Få kommuner i Telemark eller Vestfold hadde eksisterende planer for å videreutvikle tilbud til denne gruppen. Det synes som om de fastlegene som har svart har fanget opp og behandler mange eldre pasienter med psykiske lidelser, men at det er vanskelig å få oversikt over hvilke kommunale tilbud gruppen benytter. Tilbudene synes ikke å være dimensjonert i forhold til antall i målgruppen.

Både fastleger og fagpersoner i kommunene har ønsket om bistand fra spesialisthelsetjenesten i forhold til diagnostikk, vurdering av medisiner, miljøtiltak og omsorgsnivå. De ønsker tjenesten i form av ambulante vurderinger og kortvarige innleggelser, samt veiledning og undervisning.

Fagpersoner og planleggere har fortsatt en utfordring knyttet til å utvikle og tilrettelegge gode tilbud for eldre med psykiske lidelser.

«Tilbudene synes ikke å være dimensjonert i forhold til antall i målgruppen.»

REFERANSER

1. St prp nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
2. Engedal K (2008) Alderspsykiatri i praksis. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
3. Statistisk sentralbyrå: Årbok 2007, 59: Folkemengde etter kjønn, alder og sivil stand 1.1. 2007.
4. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbæk G (2010) A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway, *J Affect Disord*; 20 (1-3:141-8).
5. Handlingsplan Helse Sør-Øst 2010-2020, Spesialisthelsetjeneste for eldre.
6. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009), Norges forskningsråd 2009.

... og vinneren er:



Vinneren får en bokpakke som premie for deltakelse.

Takk for hjelpen!

D&A-redaksjonen vil gjerne takke alle som besvarte vårt spørreskjema i forrige nummer av tidsskriftet. Vinner av bokpakken er **Hans Martin Johansen** fra Oslo.

Bokpakken består av *Vegen inn i skoddeheimen* av Inger Anne Ree Hunderi og Ola Hunderi
«En helt annen verden...» av Signe Tretteteig
Alderspsykiatri i praksis av Knut Engedal

(Red.)

www.aldringoghelse.no



Undervisningssykehjemmet Glemmen

Refleksjonskort

Kjenner alle ansatte på din avdeling bestemmelsene i Pasientrettighetsloven 4A? Undervisningssykehjemmet Glemmen har utviklet refleksjonskort som utfordrer helsepersonell til å sette ord på egen praksis og å veie etiske problemstillinger og dilemmaer mot hverandre. Sett av fem minutter daglig til å styrke avdelingens kompetanse.

Eske 100 kort og veileder

kr. 275,-



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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



Oslo først i Norge: Tilrettelagt museumstilbud for personer med demens

Landets første tilrettelagte museumstilbud for personer med demens er etablert på Oslo museum avd. Bymuseet, Norsk Teknisk Museum og Norsk Telemuseum. Her beskrives pilotprosjektet det nye tilbudet springer ut fra, og kort videreutviklingsprosjektet «Møte med minner».



I 2008 tok GERIA, Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri, initiativ til et samarbeid med Oslo museum avd. Bymuseet, Norsk Teknisk Museum og Norsk Telemuseum med tanke på å opprette et tilrettelagt museumstilbud for personer med demens. Demensforeningen i Oslo og Demensforeningen i Nordstrand/Østensjø ble også invitert med i pilotprosjektet (2008-2010).

Bakgrunnen for initiativet var GERIAs positive erfaringer fra samarbeidet med Botanisk hage, Naturhistorisk museum i Oslo, om etableringen av Oldemors hage som åpnet sommeren 2008. Oldemors hage er landets første offentlige sansehage tilrettelagt for personer med demens, som ikke er knyttet til sykehjem. Brukerne opplevde glede og gode øyeblikk i hagen, og ansatte uttrykte at hagen var et egnet turmål. Dette ga, sammen med det konstruktive samarbeidet med Botanisk hage, tro på at demensfaglige miljøer og museer burde etablere tilsvarende tilbud.

**Glimt fra omvisningen
på Norsk Teknisk Museum**

Foto: Ellen Wasserfall



Veilederne Lena Nordby og Kjersti Lind på Norsk Teknisk Museum

Foto: Ellen Wasserfall

Undervisningsleder Torhild Skåtun på Norsk Telemuseum

Foto: Norsk Telemuseum

Underveis i arbeidet med Oldemors hage erfarte GERIA at tilrettelagte museumstilbud allerede fantes på enkelte museer i utlandet. GERIAs studiebesøk til Ateneum i Helsinki, og felles studietur for museumsveiledere på Norsk Teknisk Museum og GERIA til Museum of Modern Art i New York, var til inspirasjon for utformingen av tilbudene på de tre museene i Oslo.

En annen del av bakgrunnen er Demensplan 2015 (1) som fremhever at «Regjeringen vil gjennom miljøterapeutiske tiltak og tilrettelegging av kultur og aktivitets-tilbud, stimulere til økt livskvalitet» og at «Når demensplanen er gjennomført i 2015 skal kultur, trivselstiltak, måltider og hverdagslivets aktiviteter ha økt oppmerksomhet.» (Demensplan 2015 s. 20)

Gode øyeblikk på museum

Pilotprosjektets hovedmål var å legge til rette for at personer med demens skulle oppleve gode øyeblikk på museene og få mulighet for samtale omkring minner. GERIA og museene samarbeidet derfor om praktisk tilrettelegging av alle deler av et museumsbesøk. I tillegg til selve omvisningen handlet det blant annet om museenes informasjonsformidling, bestillingsrutiner og hvordan gruppene skulle tas i mot.

Ganske tidlig i prosjektet la museene ut informasjon på sine nettsider, slik at helsepersonell og pårørende kunne få vite konkret hva man kunne se og interessen vekkes. Informasjonen skulle bidra til at helsepersonell og pårørende følte seg forberedt og trygge på besøket.

Allerede ved bestillingen skulle museene avklare gruppestørrelse og sammensetning. For å skape trygghet ved ankomsten måtte praktiske detaljer knyttet til dette være nøye avklart. Det ble også jobbet med oppbyggingen av selve omvisningen:

- Omvisningen måtte begrenses i omfang og ha tre til fire «stopp», gjerne færre. Det var et poeng at

omvisningen ved behov kunne avbrytes uten at alle stoppene var besøkt

- Omvisningen måtte begrenses i tid. Mellom 30 til 45 minutter ble vurdert som lenge nok
- Gruppene ble begrenset til fem-seks personer med følge
- Omvisningen måtte være konkret og åpne for bruk av sansene
- Omvisningene måtte skje i rolige omgivelser, skjermet for forstyrrende lyder eller forbipasserende
- Omvisningen og museumsbesøket skulle helst avsluttes med kaffestund.

Tre omvisninger blir til

De tre museene har utstillinger i mange saler. Fordi det kan bli overveldende for personer med demens, valgte det enkelte museum i samarbeid med GERIA ut deler som kunne passe kvinner og menn i alderen 70 til 80 år. Deretter utarbeidet museene hvert sitt omvisningskonsept.

På Norsk Teknisk Museum er omvisningen konsentrert om temaet transport. Gruppene får se sykler, en bytrikk og en av Kong Haakons biler. Dette er gjenstander de aller fleste har et forhold til, og egne minner om sykkel-turer, trikketurer og kongefamilien kommer frem. Hver av stoppene innledes dessuten med en lyd: sykkelbjelle, trikkebjelle og bilhorn. Dette vekker munterhet, og når omviserne synger «Daisy Bell» og leser teksten til revyvisen «Bare døtt på», stiger stemningen.

På Norsk Telemuseum får gruppene se en telegrafstasjon og gamle telefoner. Dessuten får de som har lyst, selv være sentralbord dame på museets gamle sentralbord. Avslutningsvis drikker gruppen kaffe mens de har en dialog omkring forskjellige gjenstander, fra sveivetelefon til radioapparatet Kurér.

På Bymuseet får gruppene se et 1950-talls kjøkken og en drabantbyleilighet. Samtidig får de oppleve, ta og kjenne på kjente gjenstander som håndveske, herrehatt, knappe-eske, dansesko og tobakk for å nevne noe av det som bidrar til at minner strømmer på og god stemning skapes.

Omviserne lærer om demens

Museumsomvisere er vant til å tilpasse formidlingen til grupper med ulike behov, men de særskilte behovene hos personer med demens var ukjent for omviserne i pilotprosjektet. GERIA foreleste derfor om demens, symptomer og kommunikasjon. Det ble blant annet vektlagt at omviserne skulle unngå abstrakte begreper og husker du-spørsmål og ikke vise for mye på en gang.

Omviserne lærte også om ressurser hos denne brukergruppen, så som gjenkjenningsevnen. Dette er særlig relevant fordi museumsbesøk gjennom ulike sanseinntrykk ofte kan bidra til gjenkjenning og erindring. Omviserne ble oppmuntret til å være vare for øyeblikket og den spontane kommunikasjonen. Det er viktig å se gruppene an, være fleksibel og prøve å møte de besøkende der hvor de er. Det handler om opplevelse og gode øyeblikk, og at tradisjonell kunnskapsformidling er underordnet.

Erfaringer fra prosjektet

Pilotprosjektet var ferdig sommeren 2010. Da hadde en rekke grupper prøvd ut og evaluert museumstilbudet. Nyttige tilbakemeldinger bidro til at det enkelte museum forbedret tilbudet. En optelling viser at omkring 100 grupper, hovedsakelig fra byens sykehjem og dagsentre, har vært på omvisning i perioden desember 2009 – desember 2010. For museene representerte dette en ny besøksgruppe, og tiltaket ble vurdert som vellykket og gjort til et fast tilbud.

Aller viktigst var brukernes tilbakemelding om at de hygget seg på omvisningene og tydelig så ut til å oppleve gode øyeblikk, hvilket var prosjektets hovedmålsetning. Det kom også frem at helsepersonell som fulgte, var fornøyd med det nye museumstilbudet. De syntes besøkene fungerte godt nettopp fordi de var tilrettelagt. Mange uttrykte ønske om flere liknende museumstilbud i Oslo. Omviserne på sin side opplevde

besøkende som givende og spennende, og noen måneders utprøving og erfaring bidro til at de følte seg tryggere i formidlingen.

«Møte med minner»

– et videreutviklingsprosjekt

I oppsummeringen kom pilotprosjektdeltakerne frem til forbedringspunkter som underbygget behovet for videreutvikling av tilbudet. Det planlegges derfor et to-årig videreutviklingsprosjekt, «Møte med Minner» (2011-2012). Det er søkt om støtte til prosjektet i Helsedirektoratet og Statens senter for arkiv, bibliotek og museum. Videreutviklingsprosjektet har som mål å få et enda bredere erfaringsgrunnlag enn det som ble oppnådd i pilotprosjektet. Prosjektdeltakerne ønsker å innlemme flere omvisere og tilrettelegge flere omvisningstilbud på pilotmuseene. I fortsettelsen vil informasjonsformidling og samarbeid med helsepersonell på sykehjem, dagsenter og hjemmetjeneste, pårørende og frivillige bli styrket. Flere museer både i og utenfor Oslo vil bli invitert med i det videre arbeidet.

Erfarings- og kunnskapsgrunnlaget fra pilot- og videreutviklingsprosjektet planlegges videreformidlet i en nasjonal konferanse for museums- og demensfaglige miljøer. Det vil også utarbeides en veileder med tanke på å få til liknende tilbud ellers i landet. Prosjektet har sammen med Nasjonalforeningen fra Folkehelsen mottatt midler fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering til trykk og distribusjon av veileder.

■ ellwas@ous-hf.no

REFERANSER

1. Demensplan 2015: «Den gode dagen». Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Les mer

www.oslomuseum.no

www.tekniskmuseum.no

www.telemuseum.no

www.nhm.uio.no/besokende/botanisk-hage

www.geria.no

Les også «KUNST? JA! En opplevelsesrunde tilrettelagt for personer med hukommessvikt.» Demens&Alderspsykiatri 2009, nr. 1, 24-26.

Nasjonal konferanse 23.-24. mai 2011

Møte med minner-konferanse

I Oslo arrangeres en nasjonal konferanse 23. og 24. mai om tilrettelagte museumstilbud for personer med demens. Målet med konferansen er å informere og inspirere til oppstart av lignende tilbud i hele landet. Deltagerne får smakebiter på tilrettelagte tilbud på tre Oslo-museer. Museum of Modern Art (MoMa) i New York vil fortelle om sitt tilrettelagte tilbud og demonstrere dette i Nasjonalgalleriet. Professor Knut Engedal vil holde innlegg, og målgrupper er ansatte i eldreomsorgen og museene.

Konferansen arrangeres av prosjektet Møte med minner.

For informasjon og påmelding: www.geria.no

Tanker om omsorg

*Inge Eidsvåg står på en scene
og holder foredrag. Det handler
om hva god omsorg er.
Han holder publikum i sin hule
hånd fra han entrer scenen.
Demenskonferansen Innlandet
2011 får en verdig avslutning for
de 250 deltakerne.*

Foredraget tar for seg åtte huskelapper om omsorg. Den reflekterte foredragsholderen har i en årrekke bidratt med kåserier og artikler til tidsskrifter, aviser og NRK. Han har utgitt ni bøker og redigert seks essaysamlinger. Lektoren på Nansenskolen, som var rektor ved samme institusjon i tolv år, har gjort seg tanker om så mangt. Huskelappene om omsorg utviklet han da han selv var innlagt på sykehus en periode.

Her følger en sammenfatning av foredraget, hvor han innledningsvis presiserer at han ikke tar opp den faglige dyktigheten – den tar han for gitt.

” Menneskesyn

Begrepet menneske peker på noe unikt og uerstattelig. Hver enkelt har et ansikt, et navn, en historie – og kan aldri erstattes av noen annen. Når et menneske dør, går en verden under. Det betyr at vi er noe mer enn modellervoks i samfunnets hender, noe mer enn en sosial karaktermaske skapt av andres forventninger, noe mer enn geneses programmerte spill. Vi er ikke fullstendig forutsigbare, plastiske og tilpasningsdyktige. Vi er natur, historie, sjel og ånd i et forunderlig samspill, som aldri vil kunne settes i noen formel, men som vi vil fortsette å forundre oss over og snakke om så lenge mennesker finnes.

Menneskeverdet er knyttet til en eneste ting: Det å være menneske. Ikke til alder, kjønn, hudfarge, inntekt eller prestasjoner. «Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter,» heter det i artikkel 1 i Verdenserklæringen om menneskerettighetene (1948). Vi har ennå bare så vidt begynt å ta konsekvensene av dette.

Empati: Innlevelse, medfølelse, hjertelag

Ved sykesenga møtes alltid to mennesker. Den ene, pasienten, er syk og hjelpeløs – den andre, sykepleieren, vil også en dag bli syk og hjelpeløs. Slik er menneskenes vilkår i verden.

Det er her omsorgens røtter er festet. Det å bry seg om, forstå, ta vare på, ta hånd om, vise ømhet for. Alt dette avhenger av vår evne til innlevelse og medfølelse. Som Elisabeth Hagemann skrev i sin Sykepleieskolens etikk (1930): «Hvis hjertelaget for den syke skulle mangle, vil selv den beste tekniske utdanning ikke kunne gjøre en søster skikket til på rett måte å fylle sin plass.» Her er det bare ordet «søster» tiden har løpt fra.

Nærvær

Det handler om å være til stede der vi er – når vi er der. Vi er som oftest travle, på farten, i spranget. Den ydmyke og populære legen Kaare Nygaard takket sine pasienter for at de ble friske. Det ryktes at han alltid hadde så god tid. Tidsbruken per pasient ble målt, han brukte ikke lenger tid enn de andre legene, men pasientene følte det slik, fordi han var så nærværende.

Marianne Fredriksson skriver i boken «Maria Magdalena»: «Det innerste i kjærlighet er nærvær.» Og i Johan Borgens roman «Jeg» sier kapteinens hustru: «Nei, jeg savner ham ikke nå lenger, jeg savnet ham mens han levde.»

Respekt av latin *respicere* – se på nytt igjen

Respekt forutsetter at vi balanserer to ting mot hverandre: Nærhet og avstand. Jo, vi skal være åpne og nære. Men vi skal også respektere det den danske filosofen og teologen Knud E. Løgstrup kalte menneskenes «urørlighetssone». Vi har alle et slikt gjerde inne i oss, ei

innerste grind som beskytter det svakeste og mest ømtålige. Det innerste indre, det mykeste myke. Alf Prøysen har fortalt oss hva denne urørlighetssonen handler om i visa om Spelldåsen: Om aldri å røre verket som lager låten.

Ydmykhet

Omsorg krever ydmykhet. Vi må alltid begynne hos den vi vil hjelpe. «Viktigere enn å vite hvilken sykdom et menneske har, er det å vite hvilket menneske som har sykdommen», sa Hippokrates cirka 400 år før Kristus.

Søren Kierkegaard formulerte det slik i 1859: «Men al sand Hjælp begynder med Ydmykelse: Hjælperen maa først ydmyke sig under Den han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og i ikke at forstaae hvad den Anden forstaar.»

Mot

Det kreves mot til å se den syke, den pleietrengende, den hjelpeløse. Mot til virkelig å møte det sårbare, svake og maktesløse, alt det som minner om egen maktesløshet. Mot handler om å våge å se – og si fra om det vi ser. Våge å rekke opp hånden på mandagsmøtet og si: «Jeg ser at denne pasienten ikke kan fortsette å ha det slik lenger.» Det var den lille gutten som sa det alle tenkte, at keiseren ikke hadde klær. Ta alltid parti for den svakeste!

Omsorg handler også om politikk. Omsorgsetiske spørsmål kan ikke alltid løses ved å appellere til holdninger og individualettikk. Omsorgsetikk handler også om rammebetingelsene: Arbeidstider, vaktordninger, lønssystemer, karrierestiger, etterutdanningsmuligheter og så videre. Ha blikket rettet både mot pasienten og mot systemet.

Humor

Dess mer humor, dess bedre. Latterens livgivende virkning kan bare fungere i et godt miljø. Vi spøker aldri i et utrygt miljø, humor forutsetter fantasi, tillit og trygghet.

Tid

«Jeg dør så fort jeg kan,» sa en eldre kvinne på et sykehus i midt-Norge for en tid tilbake. Hun hadde, til tross for sin høye alder, fått med seg at effektivisering var noe hun også hadde ansvar for.

De viktige tingene i livet krever sitt eget tempo: En solnedgang, vekslingen mellom flo og fjære, vinter og vår – naturens rytme lar seg ikke betvinge uten at noe forferdelig galt skjer. Slik også med menneskelivet: Å sove, sørge, trøste, elske – alt krever sin egen rytme og tid.

Effektivitet i betydningen å gjøre stadig flere ting på stadig kortere tid, er ikke nødvendigvis det samme som kvalitet i helsevesenet. Papirer kan nok flyttes raskere. Korridorer og rom kan rengjøres fortere. Men du kan ikke samtale fortere med mennesker, ikke vaske dem hurtigere, ikke stryke dem hurtigere over kinnet – uten at det går ut over kvaliteten. Uten at det blir en kaldhamret omsorg. Det er forskjell på å «være i gode hender» og å «bli håndtert». ”



Eidsvåg privat

Etter at den langvarige applausen har stilnet får D&A en prat med Eidsvåg (bildet), og spør om det er sammenheng mellom liv og lære i hans eget liv?

– Ikke alltid! Er det en del av det å være menneske – at det ikke alltid er samsvar mellom liv og lære? Det er viktig å innse sin egen feilbarlighet, da dømmer en andre mildere. En skal være forsiktig med å kreve mer av andre enn av seg selv. Det er viktig å ha tanker og verdier i bunn, da har en noe å strekke seg etter og vokse i. Han smiler, svaret kommer litt nølende, etter en tenkepause.

Hvilken tenkning ligger under dine filosofiske funderinger?

– Jeg har gleden av å ha min arbeidsdag ved Norsk Humanistisk Akademi (Nansenskolen). Den brede humanistiske tradisjon som preger skolens program, preger også meg. Læren kan sammenfattes i ett ord: Humanitet – respekt for mennesket. Jeg lærer noe av alle religioner og livssyn. Selv om jeg har vokst opp i en kristen kultur, finnes det en fellesnevner, noe som forener.

Hvilket forhold har du til sykdommen demens?

– Jeg har ikke opplevd det blant mine nærmeste, men har bekjente som er rammet av det i sin familie. Jeg kom nært innpå temaet i min siste bok «Minnene ser oss» (Cappelen Damm 2010). Boka skal gi en større forståelse av erindringens betydning, og et kapittel er spesielt viet demens. Det var sterkt å ta inn over seg at om få år skal kanskje jeg selv oppleve det jeg her skriver om.

Mental Helse om eldre og psykisk helse

Vi har klippet følgende fra Sosialpolitisk program for Mental Helse 2010-2013:

«Eldre mennesker er en forsømt gruppe innen det psykiske helsearbeidet, og får i dag ikke oppfylt sine rettigheter til en forsvarlig behandling. Behovet for psykisk helsehjelp må identifiseres og følges opp til beste for pasienten.

Studier har vist at denne gruppen ikke har fått behandling på DPS-nivå, samtidig med at alderspsykiatriske tjenester trappes ned. De kommunale tilbudene er også svært mangelfulle og kan blant annet innebære en uheldig blanding av demens og psykisk helse. De eldre må sikres forsvarlig helsetilbud på lik linje med den øvrige befolkning ut fra sine behov.»

Kurskatalog 2011



Årets nyheter:

Basiskurs - Demens

Hverdagen til personer med demens på institusjon (konferanse)

Demensteam (konferanse)



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten (vancouvermodellen).
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.

- En artikkel i Demens&Alderspsykiatri overskrider sjelden ca. 15 000 tegn eksklusive mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte manuskripter i samråd med forfatterne. Innlegg til Demens&Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer.
- Artikler sendes innen avtalt frist som vedlegg til e-post til tidsskriftets redaktør: ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Demens&Alderspsykiatri tar gjerne imot leserinnlegg og meningsytringer. De kan sendes til nevnte mailadresse eller til: Ragnhild M. Eidem Krüger, Hop terrasse 12, 5232 Paradis.

D&A går i dybden – og i bredden



Demens&Alderspsykiatri

Kommer:

- Adekvat legemiddelbehandling i sykehjem, og farmasøytens rolle
- Vurdering av samtykkekompetanse
- Møt Marte Meos "mor"
- Etter hjerneslaget: Angst, apati og depresjon

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no