



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens&Alderspsykiatri

vol. 15 • nr. 2 • 2011



- Alkohol på sykehjem?
- Møt Marte Meos «mor»
- Hund og katt på sykehjem



Demens&Alderspsykiatri

vol. 15 • nr. 2 • 2011

Om legemidler i sykehjem:

32 Adekvat legemiddelbehandling
i sykehjem

35 Er økt bruk av farmasøytisk
kompetanse nøkkelen?

- 4 Demens med Lewylegemer
– en utfordrende diagnose
- 5 Demensdagene i København
- 6 Apati, angst og depresjon etter hjerneslag
Ulrike Sagen
- 12 Gjerne hjerneutstilling!
- 14 Hjemmets betydning i demensutredninger
Kirsten Langåsdaalen
- 16 «Marte Meo handler om livskvalitet»
- 18 Marte Meo – en metode i vekst
- 20 Samtykkekompetanse:
Hvordan takler vi vurderingene?
Dagfinn Green
- 24 Hund og katt i sykehjem
– et bidrag i miljøbehandling?
Ida Kristin Myren, Kari Kvaal, Bjarne O. Braastad
- 27 Terapihunder hjelper!
- 30 Kronikk: Legetjeneste i sykehjem
– hvorfor så varierende kvalitet?
Bjørn Lichtwarck
- 32 Adekvat legemiddelbehandling i sykehjem
Sabine Ruths, Marit Stordal Bakken
- 35 Økt bruk av farmasøytisk kompetanse
– nøkkelen til riktigere legemiddelbruk
i sykehjem?
Kjell H. Halvorsen
- 38 Fra Landskonferansen i alderspsykiatri
- 40 «Ikke alkohol på sykehjemmet!»

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 9. mai 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



Takk for følget – stå på videre!

vol. 15 • nr. 2 • 2011

Etter fjorten år som redaktør for Demens&Alderspsykiatri oppleves det nå riktig å gi stafettpinnen videre. Det har vært et privilegium å jobbe tett med landets fremste fagfolk innenfor demens og alderspsykiatri med det siktemål å fremme kunnskap. Det er tid for å takke for all tillit, tålmodighet og formidlingsglede som har vært utvist fra artikkelforfattere og andre bidragsytere. Takk også for positiv mottakelse på travle arbeidsplasser, der mang en dyktig ansatt og leder har vist kunnskap og vilje til å yte sitt beste.

Ikke minst gjelder takken alle privatpersoner som har åpnet for kontakt om det kanskje såreste og vanskeligste i tilværelsen – selv å bli rammet av alvorlig sykdom eller å se en av sine nærmeste miste kontroll over hverdagen. Håpet er at de involverte er trygge på at de har bidradd til økt kunnskap og innsikt. Ingen forskningsrapport kan erstatte de personlige beretningene og erfaringene – vi trenger begge former for formidling.

Alt det positive til tross – det er umulig å ikke føle bekymring for omsorgsfeltet: Den overordnede utfordringen – å skaffe tilstrekkelig med kvalifiserte helsearbeidere. Hjemmetjenester der for mange personer løper ut og inn og gir tjenester på minimumstid, noe som skaper utrygghet hos personer med hukommelssvikt. Omsorgsmiljøer uten kultur for å se pasientene som de faktiske hovedpersonene. «Det er pasientenes privatliv det handler om, det må vi aldri glemme,» sier Maria Aarts i dette nummeret. Hun er Marte Meo-metodens «mor» og har mye på hjertet om kommunikasjon og verdighet.

Bekymringen tar flere veier. Fra sentralt hold produseres det planer og garantier, mens kommunene får ansvaret for å sette de pene ordene ut i praksis. De skal prioritere mellom mange grupper. Personer med demens og/eller alderspsykiatriske lidelser kan ikke kjempe for egne behov og rettigheter. De trenger talsmenn og -kvinner.

Idet stafettpinnen går til neste redaktør, Bente Wallander, er håpet å kunne lese i D&A om ansatte og ledere som står opp for kvalitet i omsorgen, og om rammebetingelser som gjør det mulig å omsette kunnskap til praksis. Lykke til videre med en viktig innsats, og takk for følget til alle som leser tidsskriftet – fortsett med det!

Ragnhild M. Eidem Krüger

ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Demens med Lewylegemer – en utfordrende diagnose



Arvid Rongve disputerte 18. februar over temaet «Dementia with Lewy Bodies. Identification, frequency and sleep disturbances. A cross-sectional dementia cohort study». Rongve er overlege og forsker ved Alders-psykiatrisk poliklinikk ved Klinikk for psykisk helsevern, Haugesund sykehus, Helse Fonna HF.

Demens med Lewylegemer (DLB) har de siste 14 årene vært en egen demensdiagnose. Typiske kjennetegn er synshallusinasjoner – man ser mennesker eller dyr når man er alene. Søvnforstyrrelser er vanlige, og nevropsykiatriske symptomer som apati, depresjon, angst og psykose med vrangforestillinger oppstår hos inntil 95 prosent av pasientene over tid.

Hvordan kan de hjelpes?

Arvid Rongves studie er en del av den store demensstudien på Vestlandet, DEMVEST. I sin studie av DLB fant Rongve at hver femte person med demens som henvises til spesialisthelsetjenesten på Vestlandet har DLB, uavhengig av aldersgruppe og alvorlighetsgrad av demens. Det gjør DLB til den nest vanligste demenstypen etter Alzheimers sykdom. Kognitiv svikt og redusert evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (ADL) oppstår raskere hos en undergruppe pasienter med DLB enn hos personer med andre demenslidelser. Deres symptomer skaper økt

pårørendebelastning, og de blir tidligere innlagt i sykehjem enn andre med demens.

Hvilken behandling virker best hos DLB-pasienter, spør vi doktoranden.

– *Miljøbehandling er lite systematisk undersøkt hos denne pasientgruppen. Vi vet at psykosemedisin gir alvorlige bivirkninger hos inntil 50 prosent, og man bør derfor unngå denne medikamentgruppen. Både kolines-terasehemmeren rivastigmine og glutamatblokkeren memantine har vist effekt mot kognitiv svikt, men per i dag finnes ingen godkjent behandling for DLB.*

Søvnforstyrrelser – et viktig symptom

I gruppen med DLB fant Rongve at nesten 90 prosent har en søvnforstyrrelse. Hos personer med Alzheimers sykdom var andelen omkring 60 prosent, mens omkring halvparten av friske eldre hadde søvnproblemer. Hos DLB-pasienter er avbrutt søvn, livlige drømmer og mareritt som resulterer i fysisk uro under søvn, vanlige symptomer. Den vanligste vansken er søvnløshet. Ved slike problemer kan det være nærliggende for omsorgspersoner å gripe til en sovepille. Hvor nyttig er det?

– *Bruk av sovemedikasjon er ikke systematisk undersøkt hos personer med DLB. Man kjenner til at vanlige medikamenter for søvn kan ha uheldige virkninger hos gamle og hos personer med demens, der noen reagerer med paradoksalt våkenhet og forvirring. Melatonin¹ er heller ikke undersøkt. Noen studier indikerer at enkelte preparater kan ha effekt mot adferdsforstyrrelse under REM-søvn², der personen med DLB lever ut drømmene sine i søvne. En ny studie kan tyde på at memantine kan ha effekt på søvnforstyrrelser ved DLB.*

Hva bør skje?

Hvilke konsekvenser bør din studie få for diagnostisering av og behandlingstilbud til personer med DLB?

– *Systematisk utspørring av personer med demens og pårørende med hensyn til symptomer på DLB må inngå i all demensutredning. Synshallusinasjoner, parkinsonisme, kognitive fluktuasjoner og adferdsforstyrrelse under REM-søvn må det spørres spesifikt etter. Jeg vil anbefale at man bruker instrumenter i utredningen som måler og fanger opp disse symptomene. Studier må gjennomføres av både ikkemedikamentelle og medikamentelle behandlinger, slik at man kan komme frem til godkjent behandling for denne vanlige demenstypen.*

¹) Melatonin: Hormonpreparat som påvirker søvnrytmen.

²) REM-søvn (Rapid Eye Movement): Overfladisk søvn som periodevis veksler med dyp søvn.

DemensDagene i København



650 deltakere fant veien til DemensDagene i København de første dagene i mai. Under slagordet «Den demente i centrum» fikk de påmeldte god anledning til faglig fordypning og fellesskap.

Danmark står i likhet med Norge foran store utfordringer når det gjelder eldreomsorg. Befolkningsandelen av personer i alderen 80+ vil i løpet av 35 år øke med 170 prosent. Dersom det ikke blir funnet noe botemiddel mot demenssykdommene, anslår man at 102 000 dansker vil lide av dette i 2020.

Kan ikke sykle sterkere

Sjefskonsulent i Kommunernes Landsforening, Tina Jørgensen, understreket i sin tale til konferansen at dette vil sette velferdsinnsatsen under sterkt press.

– Hovedveiene i utviklingen vil være forebygging, trening, økt sunnhetsfaglig fokus og innovasjon. Vi må stadig spørre oss selv om vi gjør de riktige ting – og om vi gjør dem riktig? Det er nemlig ikke mulig å løse problemene ved å «sykle stadig sterkere», fastslo Jørgensen og gjorde Albert Einsteins ord til sine for å forklare hvorfor: «De betydningsfulde problemer, vi har, kan ikke løses med den samme tankegang, hvormed vi skapte dem.»

En sak for EU

Den danske regjering vedtok rett før jul i fjor sin National Handlingsplan for Demensindsatsen, og bevilget 30 mrd. DK til gjennomføringen av 14 planpunkter. Innenriks- og sunnhetsminister Bertel Haarder uttrykte stor tilfredshet med dette, og ga følgende utdypning av sine visjoner for utviklingen av dansk helsevesen:

– Det vanskelige skal samles der det er spesialister. Alt annet skal være nært. Vi skal rett og slett ikke renne til hospitalet med alt lenger. Vår visjon er færre innleggelser og flere utskrivninger. Økt bruk av telemedisin, kortere liggetider og færre senger på sykehusene. Men vi vil fortsatt stå overfor kjempeutfordringer, ikke minst våre kommuner. Vi forbereder derfor en sak om dette temaet nå, som vi vil fremme for EU når vi overtar formannskapet første halvår i 2012, opplyste Haarder.

Styrket opplæringen om demens

Det skjer mye innen dansk demensomsorg for tiden. En rekke fag- og forskningsprosjekter ble presentert, både i fellessymposiene, de frie foredragene som ble holdt for første gang i år, i temaseminarene og ved de 11 antatte posterne. Årets posterpris gikk til lektor, MHH, sykepleier Karin Naldahl, som arbeider med Curriculumutvikling ved sykepleierutdannelsen, University College Nordjylland (UCN). Bedømmelsesutvalgets begrunnelse var at «tiltak til forbedring av undervisningen om demens innen sykepleierutdannelsen har meget stor relevans for utvikling av demensområdet», og at posteren var «faglig meget velbegrunnet, data var klart og oversiktlig presentert og det ble trukket relevante konklusjoner ut fra det fremlagte materiale».

Les mer om DemensDagene i København:
www.demensdagene.dk

«Vi anser morgendagens utfordringer innen dansk eldreomsorg som så alvorlige at vi vil ta temaet opp som en egen sak når vi ved årsskiftet overtar EU-formannskapet», sa innenriks- og sundhetsminister Bertel Haarder ved åpningen av DemensDagene 2011.





Apati, angst og depresjon etter hjerneslag

«Følgene av hjerneslag kan grovt deles inn i kroppslige funksjonshemninger og psykiske følgetilstander. I denne artikkelen vil forfatteren belyse de sistnevnte, nærmere bestemt apati, angst og depresjon etter hjerneslag.»

Hvert år rammes ca. 15 000 nordmenn av hjerneslag. Hjerneslag er den tredje hyppigste årsaken til død og den hyppigste årsaken til uførhet og til innleggelse på sykehjem (1). Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag som «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død». Man skiller mellom infarkter (85-90 prosent) og intracerebrale blødninger (10-12 prosent) i tillegg til hjernehinneblødninger (subarachnoidalblødninger) (3-5 prosent) (1). Mens dødeligheten ved hjerneslag har gått ned, ser det ut som om antall nye tilfeller holder seg stabilt (2). Som følge av økningen i antall eldre vil antall hjerneslag sannsynligvis øke med 50 prosent i de neste 20 år i Norge (1). Man regner med en dobling av antall personer som lever med følgene av hjerneslag fra ca. 55 000 i dag til ca. 110 000 i 2030 (3).

Følgene av hjerneslag kan grovt deles inn i kroppslige funksjonshemninger og psykiske følgetilstander. I denne artikkelen vil forfatteren belyse de sistnevnte, nærmere bestemt apati, angst og depresjon etter hjerneslag.

Apati

Apati er definert som manglende motivasjon med endringer i adferd (passivitet), kognisjon (interesseløshet) og følelser (avflatet affekt, likegyldighet). «Gnisten er borte», som pårørende beskriver det. Apati er et kjent fenomen ved ulike nevrologiske, medisinske og psykiatriske tilstander. Forekomsten ved hjerneslag er 11-57 prosent, det vil si fem til seks ganger høyere enn i normalbefolkningen (4). Det finnes få studier som undersøker forløpet av apati etter hjerneslag, men alt tyder på at det dreier seg om en kronisk tilstand som kan vare i mange år (Ibid.). Konsekvensene er alvorlige: Apatiske pasienter har dårligere rehabiliteringsresultater etter hjerneslaget, er mindre sosialt aktive og utgjør en stor belastning for pårørende (Ibid.). Selv om det finnes få gode studier på behandling av apati etter hjerneslag, er det holdepunkter for at medikamentell behandling med psykostimulantia, dopaminagonister og acetylkolinesterasehemmere demper apatisymptomer (5). Også miljø- og adferdsterapeutiske metoder kan være effektive ved å minske passivitet og øke målrettet adferd (6).

Angst

Angst er en naturlig reaksjon på trusler og dermed en viktig funksjon for overlevelse. Når angsten er betydelig overdreven og ikke står i forhold til faktiske trusler, kan den bli et problem og utvikle seg til en psykisk lidelse. Eksempler på slike angstlidelser er generalisert angstlidelse (GAD), panikklidelse, spesifikke fobier, sosial fobi og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (se tekstboks 1). Forekomsten av angstlidelser hos pasienter som har gjennomgått et hjerneslag er 20-30 prosent, det vil si omtrent dobbelt så høy som i den eldre befolkningen og

Angstlidelser

Generalisert angstlidelse (GAD)

Overdreven, ukontrollerbar og ofte irrasjonell bekymring om dagligdagse ting eller forventning om katastrofer. Ofte ledsaget av symptomer som tretthet, uro, hodepine, kvalme, muskelspenninger, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, rastløshet, søvnløshet, m.m.

Panikklidelse

Tilbakevendende alvorlige panikkanfall, ledsaget av angst for nye anfall.

Spesifikke fobier

Overdreven angst for ufarlige ting. Eks.: Musefobi, edderkoppfobi, tannlegeskrekk, flyskrekk.

Sosialfobi

Angst i situasjoner der man føler seg observert av andre, for eksempel i sosiale sammenhenger. Eks.: Angst for å snakke i forsamlinger, spise mens andre er tilstede, m.m.

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Angstlidelse som utvikler seg etter opplevelse av traumatiserende hendelser. Gjenopplevelse av traumat (eller traumene) gjennom «flashbacks» eller mareritt; unngåelse av ting som minner om traumat; økt spenningsnivå som problemer med søvn, sinne, skvettenhet og ekstrem årvåkenhet.

omtrent tre ganger så høy som i den totale befolkningen (1). Forløpet ser ut til å være kronisk, det vil si at ubehandlet angst varer i mange år (4). Konsekvensene er alvorlige også her: Pasientene har dårligere rehabiliteringsresultater og fungerer dårligere både sosialt og i dagliglivets aktiviteter (ADL), der de er mer hjelpetrengende enn slagpasienter som ikke har en angstlidelse (ibid.). Det finnes forholdsvis få studier på angst etter hjerneslag og studier har hovedsakelig satt fokus på GAD, både når det gjelder forløp og behandling. Medikamentell behandling med buspiron og nortriptylin har vist effekt i form av bedring av GAD-symptomer og bedret fungering i ADL (7).

Depresjon

Symptomer på depresjon er nedsatt stemningsleie, gledesløshet, energifattighet og økt trøttbarhet, trist og pessimistisk tankeinnhold, skyldfølelse og nedsatt selvtillit, tanker om død eller selvmord. Med 20-40 prosent er forekomsten av depresjon etter hjerneslag ca tre ganger så høy som i normalbefolkningen og enda høyere i forhold til den eldre befolkningen, der forekomsten av alvorlig depresjon ligger rundt seks prosent (1, 8). Depresjon og angst forekommer også hyppig samtidig (11-18 prosent) (4). Som ved apati og angst skyldes den store forskjellen i forekomst av depresjon etter hjerneslag bruken av ulike forskningsmetoder, som bruk av ulike kartleggingsinstrumenter og diagnostiske intervjuer, undersøkelse på ulike tidspunkter med mere. Også forløpet av depresjon etter hjerneslag er kronisk med alvorlige konsekvenser. Dødelighet og suicidalrisiko er forhøyet, rehabiliteringsresultater er dårligere, livskvaliteten er redusert hos pasienter og deres pårørende (4). Depresjon etter hjerneslag lar seg behandle

med medikamenter, der SSRI¹ er førstevalg, men også ikke-farmakologiske tiltak som støttesamtaler, psyko-educasjon og fysisk aktivitet anbefales (1). Behandling fører til bedring av depresjon, rehabilitering, ADL og kognitiv fungering og reduserer dødeligheten etter hjerneslag (1, 7). Medikamentell forebygging anbefales ikke, da det ikke har dokumentert effekt (1), men kognitiv adferdsterapi kan se ut til å være nyttig for forebygging av depresjon etter hjerneslag (9).

Blir tilstandene oppdaget?

Selv om de er hyppige, har alvorlige konsekvenser og er mulige å behandle, blir apati, angst og depresjon etter hjerneslag ofte ikke oppdaget. Apatiske pasienter mangler ofte subjektiv lidelse og kan bli oppfattet som late. Facialispareser² kan skjule et trist ansikt. Angst og depresjon blir lett tolket som naturlige psykologiske reaksjoner etter hjerneslaget, som ikke trenger behandling: «Det er ikke rart at du er redd og bekymret etter å ha gjennomgått et slag», «Det er forståelig at du er lei deg etter å ha blitt lammet», og så videre. Dette fører til at legfolk, men dessverre også fagfolk, overser behandlingstrengende tilstander. Edwards og medarbeidere viste at 80 prosent av behandlingstrengende depresjoner ble oversett hos slagpasienter ved manglende strukturert kartlegging (10).

En annen utfordring er å skille depresjon fra apati. Symptomene gledesløshet, manglende interesse og likegyldighet er felles for tilstandene. Mimikfattede apatiske pasienter kan se triste ut uten å være det. Apati kan være et syndrom i seg selv, men det kan også forekomme som symptom ved en depresjon. Med andre ord kan pasienter ha apati med og uten depresjon og depresjon med og uten apati. Mens depressive pasienter vil være preget av nedsatt stemningsleie og trist tankegang, vil apatiske pasienter, på grunn av den emosjonelle avflatingen og likegyldigheten, sjelden oppleve subjektiv lidelse. Som tommelfingerregel kan dette være til hjelp, men mange ganger vil differensialdiagnosen være vanskelig.

Offentlige anbefalinger

Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, IS-1688 som ble utgitt i april 2010, er et dokument på 169 sider (1). Under halvannen side av dokumentet vies til psykiske problemer i kjølvannet etter slag. Det gjøres rede for forekomst av depresjon, angst, emosjonal labilitet og fatigue³, men apati nevnes ikke. Det anbefales at «Pasienten bør vurderes med henblikk på depresjon i løpet av første måned etter debut av hjerneslaget» (side 133). Til tross for at høy forekomst av angstlidelser nevnes, foreslås det ikke kartlegging av angst etter slag. Det blir heller ikke gitt noen anbefaling om hvilket kartleggingsskjema man bør bruke for vurdering av depresjon. I Helsedirektoratets veileder i rehabilitering av slagrammede, IK-2542 fra 1996 (11), ble det gitt enda mindre plass til

1) Selektiv Serotonin Reopptakshemmer.

2) Ansiktslammelse som skyldes skade av nervus facialis.

3) Utmattelse og tretthet uten forutgående belastning; lite bedring ved søvn/hvile.

problematikken, men Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) ble nevnt som «en test som har blitt mye brukt både i diagnostikk, oppfølging og forskning (...) Den måler egentlig dybden av en depresjon og er egnet til bruk både i primær- og spesialisthelsetjenesten» (side 14).

Offentlige veiledere og retningslinjer gir oss altså lite hjelp i form av anbefalinger for kartlegging.

Hvordan kan vi kartlegge?

Den optimale metoden for diagnostisering av psykiske lidelser ville være et diagnostisk intervju. Det er imidlertid både tidkrevende og forutsetter psykologer eller psykiatere som kan utføre et slikt intervju. Det er neppe situasjonen ved de fleste slagenheter og nevrologiske poliklinikker. Slagpasienter følges rutinemessig opp tre-fire måneder etter hjerneslaget. Oppfølgingene skjer både ved nevrologiske poliklinikker, hos fastleger og ved rehabiliteringsenheter. Med dagens krav om effektivitet er det behov for lite tidkrevende metoder for kartlegging av de omtalte tilstandene, noe som gjør spørreskjemaer eller korte intervjuer interessante.

Skjemaer og skalaer

Det finnes få studier som har undersøkt kartleggings-skjemaer for apati. Apati er ikke en diagnose i diagnose-systemene som brukes i klinisk hverdag (ICD-10⁴) eller forskning (DSM-IV⁵). Derfor er det ikke mulig å undersøke eksisterende måleinstrumenter for apati med tanke på validitet (måler instrumentet det fenomenet det skal måle?) og reliabilitet (pålitelighet). I 2009 fant en arbeidsgruppe bestående av eksperter fra Europa, Australia og Nord-Amerika frem til konsensuskriterier for apati som vil kunne brukes som «gullstandard» for utvikling og testing av kartleggingsinstrumenter for apati (12). Inntil videre bør det anvendes velkjente og mye brukte skjemaer som *Apathy Evaluation Scale* (AES) (13), *Apathy Scale* (AS) (14) eller *apati subskalaen i NPI* (15). Jeg vil her trekke frem AES som er mye brukt blant annet hos slagpasienter. AES er en skala på 18 punkter som undersøker de emosjonelle, kognitive og adferdsmessige aspekter ved apati (se tekstboks 2). Skalaen foreligger i tre versjoner: selvutfylling, utfylling av kliniker og av pårørende/helsepersonell. For hvert spørsmål krysses det av for hvor bra svaret passer med hvordan pasienten har det på en skala fra 1 (ikke sant) til 4 (helt sant). Det finnes ikke en allmenngyldig terskelverdi, men skåren gjenspeiler graden av apati og man får et konkret bilde av symptomutformingen.

Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS) er blitt undersøkt som kartleggingsinstrument for både angst og depresjon etter hjerneslag (4). HADS har blitt utviklet for somatisk syke pasienter og inneholder ingen somatiske symptomer, for å unngå såkalt konfundering (16). Det betyr at man ønsker å unngå at somatiske symptomer, som for eksempel trøtthet, forstås som et symptom for depresjon – mens det er et symptom på en underlig-

TEKSTBOKS 2

AES – Apathy Evaluation Scale, selvutfyllingsversjon

1. **K** - Jeg er interessert i ting
2. **A** - Jeg får gjort ting i løpet av dagen
3. **K** - Det er viktig for meg å komme i gang med ting på egen hånd
4. **K** - Jeg er opptatt av å oppleve nye ting
5. **K** - Jeg er interessert i å lære nye ting
6. **A** - Jeg yter en innsats ift ting
7. **E** - Jeg nærmer meg livet med intensitet
8. **K** - Det er viktig for meg å gjøre meg ferdig med det jeg holder på med
9. **A** - Jeg bruker tid på å gjøre ting som interesser meg
10. **A** - Noen må fortelle meg hva jeg skal gjøre hver dag
11. **K** - Jeg er mindre opptatt av problemene mine enn jeg burde være
12. **A** - Jeg har venner
13. **K** - Det er viktig for meg å være sammen med venner
14. **E** - Jeg blir glad når det skjer noe hyggelig
15. **O** - Jeg har en god forståelse for mine problemer
16. **K** - Det er viktig for meg å få gjort det jeg skal i løpet av dagen
17. **O** - Jeg tar initiativ
18. **O** - Jeg er motivert/har motivasjon

A = adferd

E = emosjonell

K = kognitiv

O = annet

gende somatisk sykdom. HADS er et selvutfyllingsskjema med én angst- og én depresjonssubskala. Hver skala har syv spørsmål om ulike angst- og depresjonssymptomer (se tekstboks 3). Pasienten svarer på hvor mye han/hun har vært plaget av hvert av disse symptomene den siste uken på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (maksimalt plaget).

Flere studier har vist at HADS er egnet til å kartlegge angst og depresjon etter hjerneslag, men hos slagpasienter kan lavere skårer enn hos pasienter med andre lidelser gi mistanke om at det foreligger en behandlingstrengende angstlidelse eller depresjon. Mens en skåre på 8 eller mer på en subskala indikerer en mulig behandlingstrengende lidelse (og en skåre på 11 eller mer en sikker lidelse), har studier funnet optimale terskelverdier for angst eller depresjon hos slagpasienter allerede ved subskala-skårer på 4-6 (4).

MADRS er et intervju som måler tilstedeværelse og alvorlighetsgraden av depresjon (17). *MADRS* fokuserer hovedsakelig på psykologiske symptomer ved depresjon og kun to av ti spørsmål omhandler somatiske symptomer (søvn og matlyst) (tekstboks 4). Pasientene svarer på hvordan de har hatt det de siste tre dagene for intervjuet. Svar på hvert spørsmål kodes fra 0 (symptomfrihet) til 6 (maksimal symptombelastning). Det finnes ingen internasjonal konsensus om terskelverdier, det vil si at det ikke er enighet om fra hvilken verdi oppover

⁴) International Classification of Diseases, 10th edition.

⁵) Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, 4th edition.

TEKSTBOKS 3

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scales

1. **A** - Jeg føler meg urolig
2. **D** - Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før
3. **A** - Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje
4. **D** - Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner som før
5. **A** - Jeg har hodet fullt av bekymringer
6. **D** - Jeg er i godt humør
7. **A** - Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
8. **D** - Jeg føler meg som om alt går langsommere
9. **A** - Jeg føler meg urolig, som om jeg har sommerfugler i magen
10. **D** - Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
11. **A** - Jeg er rastløs, som om jeg må være aktiv hele tide
12. **D** - Jeg ser med glede frem til hendelser og ting
13. **A** - Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
14. **D** - Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV

A = Angst-subskala **D** = Depresjons-subskala

man har en behandlingstrengende depresjon. I klinisk praksis definerer man behandlingstrengende depresjon fra en skåre på 12 og oppover. Selv om Helsedirektoratet i 1996 anbefaler MADRS som kartleggingsinstrument for depresjon hos slagpasienter, finnes det kun en studie fra 2009 som har undersøkt hvordan MADRS faktisk fungerer hos denne pasientgruppen (18). Resultatet fra denne studien viste at MADRS var like egnet for kartlegging av depresjon hos slagpasienter som HADS og at den optimale terskelverdien var 8 (18).

Forfatteren foreslår på bakgrunn av disse funnene å foretrekke HADS frem for MADRS, da HADS kartlegger angst i tillegg til depresjon og dessuten er mindre tidkrevende (18).

Hvilke pasienter har høy risiko for apati, angst og depresjon etter hjerneslag?

Tidligere studier som undersøkte sammenheng mellom apati, angst og depresjon etter hjerneslag og risikofaktorer for disse lidelser, kartla risikofaktorer på samme tidspunkt som diagnosen ble stilt, det vil si måneder og år etter hjerneslag (4). Man fant sammenheng mellom apati etter hjerneslag og høy alder og høyere alvorlighetsgrad av en samtidig foreliggende kognitiv svikt. Angst etter hjerneslag er assosiert med kvinnelig kjønn, å bo alene, afasi, redusert psykososial funksjon, avhengighet av andre, kognitiv svekkelse og høyresidig hjerneslag. Depresjon er assosiert med alvorlighetsgraden av slaget, fysisk funksjonshemming, kognitiv svekkelse og tidligere depresjoner (4).

I en studie publisert i 2009 undersøkte artikkelforfatteren om faktorer i akuttfasen av hjerneslaget, det vil

TEKSTBOKS 4

MADRS – Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale

Punkt 1 bygger på klinikerens observasjon under intervjuet, punkt 2-10 bygger på pasientens opplevelse

1. Synlig tristhet
2. Tristhet
3. Indre spenning
4. Redusert nattesøvn
5. Svekket appetitt
6. Konsentrasjonsproblemer
7. Initiativløshet
8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner
9. Depressivt tankeinnhold
10. Suicidaltanker

si mens pasienten er innlagt på en slagavdeling, kan bidra til å identifisere pasienter med høy risiko for utvikling av behandlingstrengende apati, angst eller depresjon (19). Verken alder eller kjønn, nevrologisk utfall eller begrensninger i ADL i akuttfasen viste en sammenheng med utvikling av noen av tilstandene fire måneder senere. Pasienter med apati fire måneder etter hjerneslag hadde ofte en annen somatisk lidelse da de fikk slag. Pasienter med angst og/eller depresjon fire måneder etter hjerneslag hadde ofte høye skårer på HADS angst subskalaen (≥ 8) i akuttfasen. Imidlertid kunne annen somatisk sykdom og høye skårer på HADS forklare kun en liten del av den økte risikoen for apati, angst og depresjon, og det er grunn til å anta at andre faktorer, som for eksempel personlighet eller mestringsstrategier har stor betydning (19). Allikevel var funnene interessante, fordi sammenhengen mellom psykologiske faktorer og angst og depresjon etter hjerneslag var sterkere enn sammenhengen med somatiske faktorer.

Konklusjon

Apati, angst og depresjon etter hjerneslag forekommer hyppig og har alvorlige konsekvenser. Angst og depresjon er mulig å behandle, og også for apati er det gjort behandlingsstudier som ser lovende ut. Imidlertid trengs det mer forskning rundt behandling av spesielt apati – både etter hjerneslag og generelt. Til tross for høy forekomst og alvorlige følger er apati, angst og depresjon ofte oversett eller symptomene blir feiltolket. Dette fører til at for få pasienter får behandling og for mange lider unødvendig.

Selv om det er mangel på offentlige anbefalinger og retningslinjer for kartlegging av disse tilstandene, er det mulig å bruke kjente kartleggingsinstrumenter som kan hjelpe oss å identifisere de pasienter som bør ha ytterligere oppfølging. Dermed kan vi øke antall pasienter som blir diagnostisert og kan få den nødvendige behandling. Det vil kunne føre til bedre rehabiliteringsresultater, mindre lidelse og bedre livskvalitet både for pasienter og deres pårørende.

■ ulrike.sagen@sthf.no

Referanser - se neste side.

Alderspsykiatri:

Møteserie og ny rapport

I en ny rapport fra Folkehelseinstituttet (*Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*) er hovedkonklusjonen at myndighetene har mangelfull kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre i Norge over 65 år. «Vi har få studier om dette her i landet, og det er heller ingen datakilder per i dag som kan brukes til slike forekomstberegninger», står det i rapportens sammendrag.

Det er vanskelig å forstå at en stor – og raskt voksende – pasientgruppe i stor grad har vært utelatt fra studier og fra myndighetenes oppmerksomhet. For det er alvorlige tilstander det handler om for mennesker i den siste delen av livet, der tid og livskvalitet ikke må skusles med. Rapporten anslår at 4-8 prosent av eldre over 65 år kan lide av alvorlig depresjon, mens omkring 25-35 prosent kan ha depressive plager. Det samme gjelder for alvorlige angstlidelser og symptomer på angst. I nyere sykehjemsstudier har omkring 80 prosent av pasientene demens, og mange av dem har psykiatriske tilleggssymptomer.

Kartlegging og anbefalinger

Nå har Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide anbefalinger for innholdet og organiseringen av tilbudet til eldre i det psykiske helsevernet inkludert distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det er nedsatt en arbeidsgruppe som hadde sitt første møte 4. mai. Gruppen har bred deltakelse fra fag- og kompetansemiljøer, brukerorganisasjoner og kommune, ifølge Helsedirektoratet.

– Dette blir oppstarten til et arbeid som vi planlegger skal resultere i et ferdig utkast desember/ januar og som skal utgis som en veileder etter høring. Veilederen bør være klar for distribusjon tidlig høst 2012, uttaler seniorrådgiver Bjørn Gammersvik i Helsedirektoratet til D&A.

Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg gitt direktoratet i oppdrag å innhente en samlet oversikt over det eksisterende tilbudet til eldre i psykisk helsevern. Som en del av oppdraget inngår en kartlegging av alderspsykiatriske avdelinger og DPS-er under planlegging. Kartleggingen gjennomføres i samarbeid med helseforetakene. Det har vært et samarbeidsmøte om planlegging og gjennomføring av kartleggingen.

REFERANSER fra side 9

1. Helsedirektoratet (2010) Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, IS-1688. Indredavik B, Salvesen R, Næss H, Thorsvik D, red.
2. Ellekjaer H, Selmer R (2007) Hjerneslag like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskrift for Norsk Lægeforening Mar 15;127(6):740-3.
3. Folkehelseinstituttet (2001) Faktaark Hjerneslag.
4. Sagen U (2010) Apathy, Anxiety and Depression after Stroke. A four-month follow-up study of hospitalized stroke patients. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for medisinsk basalfag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
5. Drijgers RL, Aalten P et al. (2009) Pharmacological treatment of apathy in neurodegenerative diseases: a systematic review. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 28(1):13-22.
6. Lane-Brown AT, Tate RL (2009) Apathy after acquired brain impairment: a systematic review of non-pharmacological interventions. Neuropsychological Rehabilitation, Aug;19(4):481-516.
7. Paranthaman R, Baldwin RC (2006) Treatment of psychiatric syndromes due to cerebrovascular disease. International Review of Psychiatry, Oct;18(5):453-70.
8. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH (2003) Forekomst av depresjon hos eldre - systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, Apr 3;123(7):928-9.
9. Hackett ML, Anderson CS et al. (2008) Interventions for preventing depression after stroke. Cochrane Database Systematic Review, (3):CD003689.
10. Edwards DF, Hahn MG et al. (2006) Screening patients with stroke for rehabilitation needs: validation of the post-stroke rehabilitation guidelines. Neurorehabilitation and Neural Repair, Mar;20(1):42-8.
11. Helsedirektoratet (1996) Veileder i rehabilitering av slagrammede, I -2542-1996.
12. Robert PH, Onyike CU et al. (2009) Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. European Psychiatry, Mar;24(2):89-104.
13. Marin RS, Biedrzycki RC et al. (1991) Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. Psychiatry Research, Aug;38(2):143-62.
14. Starkstein SE, Mayberg HS et al. (1992) Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience; 4(2):134-9.
15. Cummings JL, Mega M et al. (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, Dec;44(12):2308-14.
16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983 Jun;67(6):361-70.
17. Montgomery S, Asberg M (1979) A new Depression Scale designed to be sensitive to Change. British Journal of Psychiatry, 134:382-9.
18. Sagen U, Vik TG et al. (2009) Screening for anxiety and depression after stroke: comparison of the hospital anxiety and depression scale and the Montgomery and Asberg depression rating scale. Journal of Psychosomatic Research, Oct;67(4):325-32.
19. Sagen U, Finset A et al. (2010) Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. General Hospital Psychiatry, Jan;32(1):80-5.



Redaktørskifte i Demens&Alderspsykiatri

Nåværende redaktør i D&A, Ragnhild M. Eidem Krüger, har valgt å pensjonere seg til sommeren. Hun overlater da redaktøransvaret til Bente Wallander (52).

Bente Wallander har arbeidet som journalist i Romerikes Blad og fagbladene Embla og Fontene (LO Media). Hun har også vært ansatt som kommunikasjonsrådgiver i Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (iMDi) og har de siste tre årene arbeidet som forlagsredaktør ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

– Jeg gleder meg, men går samtidig den nye oppgaven i møte med stor ydmykhet og spenning, sier Bente Wallander (bildet). (Red.)



Margit Gausdal og Linda GjØra

Ny kunnskap, bedre omsorg Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten

Utredning og diagnostikk er nødvendig for å kunne yte gode tjenester til pasienter og pårørende i forløpet av en demenssykdom. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har i samarbeid med Helsedirektoratet utviklet et standardisert utrednings- og diagnostikkverktøy til bruk i primærhelsetjenesten. Rapporten beskriver hvordan verktøyet kan brukes, erfaringer med organisering av demensteam, og hvilke forutsetninger som må være til stede i primærhelsetjenesten for at det skal kunne brukes på en hensiktsmessig måte.

kr. 70,- | 67 sider | 2011 | ISBN 978-82-8061-147-5



Margit Gausdal og Linda GjØra

Etablering og drift av demensteam Demensutredning i primærhelsetjenesten

For å sikre at personer med begynnende kognitiv svikt får et tilfredsstillende tilbud om utredning og diagnostikk anbefales opprettelse av kommunale demensteam. Håndboken gir gode råd om oppstart og drift av slike team og hvilke forutsetninger som må være til stede i primærhelsetjenesten for at utredning, diagnostikk og behandling kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte. Håndboken bygger på erfaringer fra *Utviklingsprogram om utredning og diagnostikk av personer med demens* under Demensplan 2015.

kr. 50,- | 36 sider | 2011 | ISBN 978-82-8061-153-6



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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

■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen



Gjerne hjerneutstilling!

Ta med kollegaer, familie, barn, venner og opplev en unik utstilling om hjernen. Brilliant hjernearbeid ligger bak. Når du forlater utstillingen har du antakelig flere spørsmål enn svar. Går du så til forskerne, er utstillingens hensikt oppnådd.

En lyddusj med dødsralling er det siste rystende momentet før man tumler ut av utstillingen om hjernen, «Mind Gap», i Oslo. På museets hjemmesider <http://www.tekniskmuseum.no/mindgap/> er vi blitt advart: Utstillingen egner seg ikke for personer med klaustrofobi. De kunne godt lagt til en advarsel om at OBS! Her blir hele sanseapparatet sterkt engasjert! For hvor ofte skjer egentlig det?

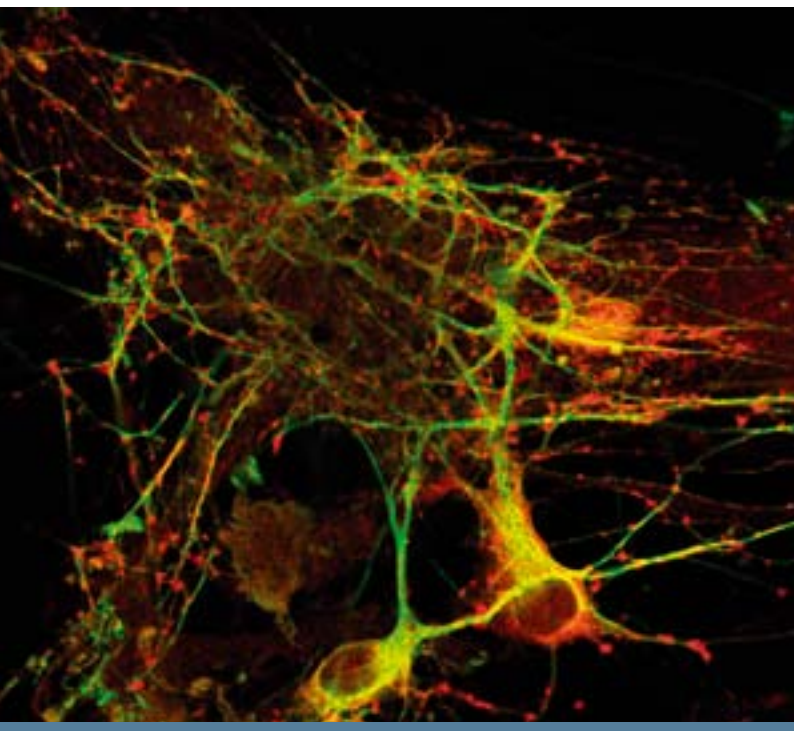
Gjennom glitrende lys og stummende mørke, torden og lyn og baklengs spilte Mozart-stykker, gjennom speilglass, tre og leire, levende og døde, filmer og bilder, instrumenter og maskiner føres vi frem mot og inn i og rundt alt det som tenkes, føles og fornemmes kan – om hjernen.

Tallet tre

Luktene skifter i de tre svært ulike rommene vi beveger oss gjennom, det samme gjør lydene. Det første rommet er lyst og skinnende, det neste dunkelt og det siste mørkt, med plutselige lysglimt. Tredelingen av rommene er selvsagt også basert på hjernearbeid, for tallet tre forekommer i alle kulturer, i eventyrene og i treenigheten. Og mens tanker tumler rundt i hodet om hvordan i all verden dette imponerende kunststykket skal kunne sammenfattes og videreformidles, får vi stukket en utstillingskatalog tykk som en bok i hendene. Der står det mye mer om alt vi ikke vet.

Mens utstillingen skal trigge sansene, nysgjerrigheten og erkjennelsene rundt alt som har med hjernen å gjøre, nå og i historisk tid, fysiologisk, psykologisk og sosialt, hos alt som har en hjerne, og sågar de som ble født uten, skal katalogen gi grundig utfyllende informasjon.

Dopaminerge nerveceller i hjernen. Foto: Joel Glover, Universitetet i Oslo. Bildet er utlånt med tillatelse fra Nasjonalt medisinsk museum og Norsk Teknisk Museum.





Skoleklasser på omvisning får i oppdrag å finne Hippocampus, også kalt sjøhesten. Man skal lete litt i det dunkle rommet før den plutselig kan speides der den henger i en tynn tråd oppe mellom trestammene.

Alt vi ikke vet

Forskere tilknyttet norske sykehus og forskningsmiljøer har bidratt til utstillingen. Alle de 24 har fått streng beskjed om ikke å bruke uttrykket «Vi vet nå at...». Og om de brukte det likevel, ble det strøket før katalogen ble trykket.

– *Selv om Norge ligger lengst fremme i verden på hjerneforskning, vet vi nesten ingenting om hjernen. Forskning på hjernen er en prosess*, forteller prosjektleder og førstekonservertor Henrik Treimo ved Nasjonalt medisinsk museum og Norsk Teknisk Museum, hvor utstillingen huses. Hovedsamarbeidspartner er Universitetet i Oslo, i anledning dets 200-års jubileum.

Treimo understreker betydningen av drahjelpen fra alle bidragsyttere og samarbeidspartnerne, fra prosjektgruppen til den verdenskjente scenekunstneren Robert Wilson, som står for den totale utformingen. De åtte millionene som måtte til under den to år lange arbeidsperioden. Alle seljetrærne fra Nordmarka. De 22 tonnene med leire som en rekke av museets ansatte har brukt adskillige timer og dager på å forme til det organiske uttrykket et av de tre utstillingsrommene har fått. (Noe som medfører at denne utstillingen bare kan nytes der den nå er, det blir neppe noen vandreutstilling av den.) Alle gjenstandene som er blitt utlånt, fra elektronmikroskopet til stemmegafler og den første EEG-maskinen i Norge. Den ble forøvrig brukt på Vidkun Qvisling, og hvor man ikke fant annet enn at han var litt mer enn gjennomsnittlig trett. Til en utgave av hjernedelen Hippocampus, «sjøhesten», som dingler i en tynn tråd mellom to av de tidligere omtalte seljetrærne. Utlånt fra Jon Storm-Mathisen, som har mottatt flere forskningspriser og høster stor anerkjennelse i mange sammenhenger. Blant annet har han bidratt til forståelsen for glutamat som et signalstoff mellom hjerneceller.

Gapet

Slik føres tankene mot tittelen på utstillingen: Mind Gap. Den kan ledes tilbake til de ørsmå mellomrommene mellom nervecellene, som også Fridtjof Nansen, ikke bare humanist og polarforsker, men også hjerneforsker og den som grunnla hjerneforskningen i Norge på 1880-tallet konkluderte med: Hjernen består av adskilte nerveceller og ikke et sammenhengende nettverk.

Utstillingen har greid å romme og presentere et imponerende mangfold og stor kompleksitet knyttet til temaet. Alt fra drømmebildene på innsiden av øyenlokkene, de sanselige opplevelsene, refleksjon og abstrakt tenkning, øyeblikksopplevelsene, kreativitet, hjerneforskning før og nå, erfaring, innsikt, følelser, sykdom og helse, liv og død. Og hver besøkende vil få sin unike og skjellsettende opplevelse ut fra eget kunnskapsnivå, interessefelt og personlighetstype.



De fleste av de 24 forskerne som er presentert i utstillingskatalogen til Mind Gap kan ses på videoinnstillinger og høres ved å lytte i telefonrøret. Også personer med sykdomserfaringer relatert til hjernen deler sine erfaringer i noen av filmene. Ellen Lange fra prosjektgruppa har jobbet mye med de personlige historiene. Her sammen med prosjektleder Henrik Treimo.

Utstillingen er museets hovedsatsning i 2011. Den åpnet 17. april og står ut 2012. Den bør erfares!



Hjemmets betydning i demensutredning

*Hvilket fokus har hjemmet
i demensutredningen,
og hvilke aspekter av hjem
og bolig vektlegges?*

Artikkelen bygger på undersøkelsen som ble gjennomført i forbindelse med masteroppgaven «Hjemmets plass i demensutredningen. En undersøkelse om demensutredning i kommunehelsetjenesten med fokus på kartlegging av egenskaper ved hjemmet» (1).

Formålet var å undersøke hvilket fokus hjemmet har i demensutredningen og hva demensteam/demenskoordinatorer i kommunehelsetjenesten kartlegger av egenskaper ved hjemmet.

Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Et tiltak for å kvalitetssikre demensutredningen i kommunehelsetjenesten er å opprette demensteam og/eller demenskoordinatorer som bistår fastlegen i utredningen. 108 norske kommuner opplyste i 2007 at de hadde et organisert kommunalt tilbud om utredning og diagnostikk av demens. I 56 kommuner fantes det demensteam, 23 av disse hadde i tillegg demenskoordinator som drev utredning, og 29 kommuner opplyste at de hadde begge deler (2).

Ifølge anbefalinger fra Helsedirektoratet (3) kan demensteamet/demenskoordinatoren

- bistå fastlegene med utredningsarbeidet som grunnlag for diagnostisering
- utarbeide oppfølgingsoppgaver særlig for hjemmeboende personer med demens

- bistå i vedtaksprosessen ved vurdering av behov og tildeling av tjenester
- bidra med undervisning og veiledning av personell og pårørende (3).

Utredningsarbeid er et møysommelig «detektivarbeid», og som et bidrag til å kvalitetssikre arbeidet har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse utarbeidet et utredningsverktøy til bruk i kommunehelsetjenesten (4). Utredningsverktøyet er anbefalt av Helsedirektoratet.

«My home is my castle»

En sentral helsepolitisk målsetting i Norge har lenge vært at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester: «Bosituasjonen er av fundamental betydning for en trygg personlig alderdom og en god eldreomsorg» (5). En argumenterer for at det å bo i eget hjem er det mest hensiktsmessige for personer med demens og at det er det billigste alternativet for samfunnet (6). Noen vil hevde at overfor personer med demens er det særs viktig å tilrettelegge det eksisterende miljøet fremfor å velge en annen boform, fordi hjemmet kan inneholde mange kvaliteter som er gunstige for dem (7). På den andre siden påpekes det at hjemmet kan ha motsatt virkning og bli som et «fengsel». Dersom det ikke er gjennomførbart å tilrettelegge boligen, kan den eldre bli isolert i sitt eget hjem og kanskje også bli utsatt for ulykker der (8).

Begrepet hjem rommer noe mer enn den fysiske boligen. For at vi skal føle oss hjemme er også stedet og nærmiljøet viktig, en føler seg kanskje ikke hjemme overalt selv om en har med alt det materielle på flytte-lassen? Egenskapene ved hjemmet oppleves ikke likt for alle og vi legger ulik betydning i dem. Vi kan derfor ikke si at hjem er noe entydig begrep.

Bolig er et begrep som ofte blir brukt om de fysiske forholdene, men den har flere aspekter og betydninger utover det rent praktiske (9).

Utvalg og metode

Undersøkelsen var kvantitativ og utvalget var 121 kommuner/bydeler som hadde demensteam/demenskoordinator. Disse 121 representerte til sammen 111 norske kommuner (noen kommuner hadde flere demens-team/demenskoordinatorer).

Et spørreskjema ble utviklet spesifikt for undersøkelsen. Spørreskjemaet bestod av 37 spørsmål og var delt i fire områder; «Kommunefakta og organisering av demensutredning», «Pårørende og nettverk», «Interesser og aktiviteter» og «Bolig og hjem».

Totalt 87 demensteam/demenskoordinatorer deltok i undersøkelsen. Dette førte til en svarprosent på 72 prosent. Alle statistiske analyser ble utført ved bruk av programvarepakken Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 16.

Forskningsetiske hensyn

Undersøkelsen var rettet mot tjenesteytere og hvilke tjenester de utfører, og inneholdt ingen sensitive personopplysninger. Den ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og alle opplysninger ble behandlet etter lovbestemte regler.

Kartlegging av egenskaper ved hjemmet

Et sentralt spørsmål i undersøkelsen var om demens-teamene/demenskoordinatorene har tatt utredningsverktøyet fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i bruk. 97 prosent av de spurte benytter utredningsverktøyet. Fra undersøkelsen i 2007 var tilsvarende prosent 89 (2).

Kartleggingen ga ikke holdepunkter for at demens-team gjennomfører mer omfattende kartlegginger enn kommuner som har en demenskoordinator som det eneste utredningstilbudet. Imidlertid fant vi at kommuner med ergoterapeut tilknyttet demensteamet rapporterte at ulike aspekt ved boligen og hjemmet kartlegges i større grad enn i kommuner som ikke har denne faggruppen tilknyttet.

De aller fleste mente at hjemmet har stor betydning for personer med demens (95 prosent) og mange opplyste at de retter oppmerksomhet mot hjemmets egenskaper i demensutredninger. Derimot kom det frem større variasjoner når vi stilte konkrete spørsmål om ulike bolig- og hjemsaspekter. Vi fant at de fysiske aspektene ved boligen ble kartlagt i større grad enn andre egenskaper ved hjemmet. Som et eksempel kartla hele 82 prosent det fysiske ved boligen, mens 11 prosent kartla kontakt med venner, naboer og kollegaer og 39 prosent kartla gjenstander av spesiell betydning.

Diskusjon

Vektlegges hjemmets betydning i demensutredningen? Resultatene fra undersøkelsen viser at det er bred enighet om at hjemmet har stor betydning for personer med demens. Funnene viser likevel et sprik mellom hvor viktig de anser hjemmet for å være, og hvilke egenskaper eller aspekter ved boligen og hjemmet de faktisk kartlegger. Dette spriket kan ha mange årsaker. En praktisk årsak kan være at stort arbeidspress fører til at demensteamene/demenskoordinatorene må foreta noen

valg i forhold til hva de kan vektlegge i utredningsarbeidet.

Demens er en progredierende sykdom som fører til at de fleste får behov for hjelpetiltak utover det som kan tilbys i hjemmet. I en tidlig fase av demenssykdommen kan mange personer med demens fortsatt gjøre rede for sine ønsker, og et interessant funn er at under halvparten (34 prosent) av teamene rapporterer at de kartlegger fremtidige boligønsker og tanker om fremtiden (37 prosent). En mulig årsak kan være at kommunene ikke har et mangeartet tilbud til dem som trenger heldøgns omsorg og pleie, og at demensteamene/demenskoordinatorene derfor kvier seg for å ta opp dette temaet. Likevel kan en undre seg over at de i så liten grad tar opp disse temaene med personen med demens når han eller hun fortsatt er i stand til å uttrykke sine ønsker. Det er rimelig å anta at dersom de fikk ytret sin mening om fremtidige boligønsker, kunne de følt seg mer delaktige i sin egen situasjon og utrederen kunne få viktig innsikt og forståelse som kan være av betydning i det videre samarbeidet.

I 2009 kom det en revidert versjon av utredningsverktøyet. Den reviderte versjonen har inkludert spørsmål om hvordan den som utredes opplever sin situasjon. Det kan være en idé å utvide denne delen til også å omfatte kartlegging av egenskaper ved hjemmet. Forslag til spørsmål en kunne utvidet utredningsverktøyet med:

- Hvilke gjenstander her hjemme er av spesiell betydning for deg?
- Hvilke vaner, rutiner og gjøremål fyller du hverdagen din med?
- Hvilke aktiviteter ville du satt pris på å fortsette med?
- Hvilke tanker har du om fremtiden?
- Har du noen tanker om boligform i fremtiden?

Et slikt tillegg til det eksisterende utredningsverktøyet kan gjøre det lettere for utrederen å ta opp betydningen av hjemmet og dermed få et bedre grunnlag for planlegging av hjelpetiltak. Således kan hjemmets betydning få en større plass i demensutredningen.

Konklusjon

Kartlegginger bør føre til konkrete tiltak for den som utredes. Men kartlegginger kan aldri være mer enn et helperedskap i planlegging av tiltak og i omsorg til den enkelte. For at opplysninger om hjemmet som fremkommer i kartlegginger skal kunne danne grunnlag for god miljøbehandling, må kartlegginger alltid brukes sammen med den kjennskapen vi får til personen med demens i vårt daglige arbeid med – og i omsorg for – vedkommende.

Vi har behov for mer kreativ kunnskap om hvordan hjemmet kan tilrettelegges, hvilke tjenester som bør utvikles for å skape et godt hjem og hvordan personer med demens kan videreføre viktige egenskaper ved sitt hjem ved for eksempel innleggelse i sykehjem. Demensutredninger kan være en viktig brikke i arbeidet med å bevare et godt hjem og gi personer med demens opplevelse av en god alderdom.

■ kirstenlangasdaalen@hotmail.com

Referanser - se side 23

Marte Meo-grunnlegger
Maria Aarts.



■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

«Marte Meo handler om livskvalitet!»

*Hva er det med denne
veiledningsmetoden som sprer
seg i land etter land?
Vi spør Marte Meos «mor».*

Marte Meo-grunnlegger Maria Aarts er fra Nederland, bor deler av året i Australia og er reisende i god kommunikasjon og omsorg. I slutten av januar gjestet hun Bergen, og arrangementet måtte flyttes på grunn av stor tilstrømning.

Marte Meo kommer av latin *mars martis* og betyr av egen kraft. Metoden ble opprinnelig utformet av Maria Aarts for 25 år siden som en veiledningsmetode for å styrke og utvikle samspill og kommunikasjon mellom foreldre og barn med autisme. Målet er å gi hjelp til selvhjelp, og videoopptak blir brukt som hjelpemiddel. Enkelt forklart: En samhandlingssituasjon filmes, veileder foretar en samhandlingsanalyse og velger ut filmklipp der kommunikasjonen fungerer godt. Dette blir brukt i den videre veiledningen om akkurat denne pasientens behov.

Av egen kraft?

Marte Meo-metoden anvendes i Norge innenfor mange ulike fagområder, fra tidligfødte barn til personer med demens. Hvordan kan Maria Aarts forklare at en metode utviklet for barn med kommunikasjonsvansker også fungerer for voksne mennesker med demens?

– Jeg så det ikke selv i begynnelsen, det var en kvinne i Sverige som satte meg på tanken. Hun fortalte at hun brukte den samme metoden hun hadde lært gjennom arbeidet med barn, i sitt samvær med moren som hadde en demenssykdom. Hun hadde fått gjort videoopptak av seg selv og moren og ba meg se på det og veilede henne. Jeg hadde ikke lyst – jeg hadde allerede utviklet mange Marte Meo-programmer, og dette var fjernt fra det jeg ellers arbeidet med. Men jeg så på opptaket og så at – yess! Jeg fikk så mange ideer der og da at jeg bestemte meg for å laget et program for personer med demens. De fortjener å få den aller beste livskvaliteten i den siste delen av livet, og Marte Meo handler om kvalitet i kommunikasjon og samspill. Det skaper høyere livskvalitet for både pasient og pleier.

Men det er vel riktig å si at mange personer med demens ikke har så mye egen kraft lenger?

– I denne sammenhengen bruker vi «av egen kraft» som begrep for omsorgspersonene. Gjennom videoopptak kan de observere hva som støtter pasienten, men også hvilke sider av samspillet som kan trenge endring. Vi konsentrerer oppmerksomheten omkring de positive

episodene, og ser hvilken effekt de har på samspillet. Et smil fra pasienten, et åpnere ansikt, en mer avslappet holdning, et svar fra en som har vært taus – signaler som viser at pleierne er på rett vei. Alle slike signaler blir bemerket og løftet frem. Pleieren får visshet om hva som virker positivt i forhold til den enkelte pasient.

Tilkobling – en kunst

Maria Aarts er stadig på reise og holder foredrag om sine programmer. I Bergen viste hun eksempler på hvordan Marte Meo virker i mange forskjellige sammenhenger, og forsamlingen var lydhør og entusiastisk. Hun er opptatt av isolasjonen mange personer med demens lever i. Språk og språkforståelse svekkes gjennom sykdomsforløpet, og Maria bruker informasjon fra mange av Marte Meo-programmene for å øke pleiepersonells kunnskap om kommunikasjon på flere plan. For alt handler som kjent ikke om ord.

– I mitt arbeid med barn med autisme har jeg lært at de har en stor privat sirkel og er vare for at andre kommer for nær. Mange personer med demens har det på samme måten – de klarer ikke å takle det hvis andre kommer for brått og for nært innpå dem. De trekker seg tilbake. Derfor er det viktig å lære seg måter å nærme seg på, som ikke virker ubehagelig overraskende og invaderende. Det er viktig å bryte isolasjonen demenssykdommen etter hvert fører til. Hvordan kan vi hjelpe en person med demens til å bli koblet til omgivelsene? Hvordan formidler vi at vi ser vedkommende, at vi bryr oss og er der? En enkel henvendelse som: «Du sitter her i solen?», «du drikker kaffe?» gir en bekreftelse på at vi er til stede sammen med personen. Slik kan vi hjelpe isolerte personer til å oppleve fellesskap. Ingen spørsmål om hvordan de har det eller hva de gjør – det bare forvansker samspillet.

Lov å ikke like alle?

I mange tilfeller blir Marte Meo-veiledning tatt i bruk der for eksempel en sykehjemspasient har utagerende atferd, kanskje slår og spytter under stell eller skjeller ut personalet. Men er det ikke lov for en eldre person på institusjon å simpelthen ikke like en pleier?

– Å jo, det er nok av pleiere å ikke like, tro du meg, ler Maria.

– Jeg liker heller ikke å være med alle. Og Marte Meo kan tydeliggjøre at ikke alle pleiere passer til alle pasienter – og omvendt. Da bør man la dette styre vaktplanene! Det er pasientenes privatliv det handler om, det må vi aldri glemme. Det vi kaller aggresjon og sinne hos den gamle pasienten, er et kommunikasjonsproblem. Det er det vi må ta tak i – hos oss selv.

Når et videoopptak er diskutert og pleierne har kommet med forslag til løsninger, blir løsningene prøvd ut. Så filmer man igjen og ser om samhandlingen mellom pasient og pleiere er endret.

– Det vi ser, er betydningen av tilkobling til situasjonen. At pasienten blir forklart hva som hender og hva som skal hende. Mangt et morgenstell er blitt verdigere for alle parter ved at en pleier som kjenner pasientens preferanser, gir pasienten tid og mulighet til å forstå verden omkring seg og koble seg til. Dette har ikke

pasienter med fremskreden demens anledning til lenger av egen kraft, så vi må hjelpe dem.

Mindre medisinbruk

Ifølge Maria Aarts kan Marte Meo føre til mindre bruk av beroligende medisin, fordi bedre kommunikasjon gir økt trygghet.

– En sykehjemsleder fortalte meg at apoteket de brukte, ringte henne og spurte om de brukte et annet apotek nå, for de kjøpte så mye mindre medisin enn tidligere. Ernæringsstatus blir dessuten bedre hos de eldre når måltidene oppleves mer positive, og sykefraværet hos de ansatte går ned når atmosfæren på arbeidsplassen blir bedre. Tenk deg at arbeid med eldre og syke er det du vil aller mest, og så havner du i den ene tragedien etter den andre, med utskjelling, slag, pasienter som ikke vil spise, stelles, stå opp eller legge seg! Svært mange ansatte sier at de føler at de får et nyttig verktøy til å forstå og til å kommunisere når de deltar i en Marte Meo-veiledning, og at de også får en bekreftelse på at det de gjør fungerer bra for pasienten. Dermed kan de unngå å bli utbrent i en viktig jobb.

Sparer tid ved å bruke tid

Marte Meo-terapeututdanningen tar halvannet til to år. Utdanningen innbærer at kandidaten jobber med minst seks veiledningsforløp som tar utgangspunkt i reelle samhandlingsutfordringer mellom pasient og pleier. Praktikerutdanningen er kortere og tar seks dager. Selv et dagskurs der funksjonsstøttende elementer i kommunikasjon (se side 19) vises gjennom filmopptak kan være en inspirasjon til endring, ifølge ildsjeler som jobber med metoden.

Marte Meo ble først tatt i bruk i Nederland for 22 år siden, og er nå spredt til 38 land. I Nederland blir metoden betalt av det offentlige trykkesystemet, blant annet fordi den sparer tid, forteller Maria Aarts.

– Metoden brukes i åpen omsorg og bidrar til at mange kan bo hjemme lenger enn de ellers ville gjort. Pårørende lærer hvordan de kan samhandle med den syke på en bedre måte, og da blir hverdagen enklere. På sykehjemmene bidrar metoden til at atmosfæren blir roligere, og man trenger ikke så mange mennesker omkring den enkelte pasient. Ved å bruke litt mer tid, nemlig til Marte Meo-veiledning, sparer man tid!

Hvilke utfordringer møter du når Marte Meo skal «selges»?

– Ikke mange, men et alvorlig hinder er at ledelsen for enkelte institusjoner lager regler som ikke passer til praksis. Jeg bruker alltid mye tid med ledelsen for å finne ut om Marte Meo støttes av dem, for ellers er det bortkastet å innføre metoden. Både ledelse og ansatte må brenne for en bedre omsorg – bare da blir resultatet bra.

Marte Meo

– en metode i vekst

I Norge startet bruken av metoden på demensfeltet omkring år 2000. Nå finnes det i underkant av 50 utdannede veiledere innenfor fagfeltet.

I engasjert samtale, fra venstre May Britt Storjordet, Marianne Munch og Astrid E. Andersen.



To har oppnådd status som supervisor, og Marianne Munch ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS er Norges eneste lisensierte supervisor på demensfeltet.

– I Norge startet Marte Meo på demens- og alderspsykiatrifeltet på NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. To av psykologene, Linn-Heidi Lunde og Ingrid Hyldmo, var blitt introdusert for metoden gjennom sitt studium og mente den kunne være overførbar til personer med demens. På den tiden var jeg leder for undervisningsavdelingen på Olaviken, og vi tre fikk Marte Meo-utdanning hos Reidun Hafstad på Institutt for familie- og relasjonsutvikling i Bergen.

I utdanningen inngikk prosjekter på Olaviken og en del sykehjem i Bergen. Omkring år 2000 startet kompetanseoppbyggingen på Olaviken, og nå utdannes Marte Meo terapeuter og supervisorer der.

– Vi ser på Olaviken som et lokomotiv for metoden innenfor alderspsykiatrien og demensfeltet. Vi tilbyr kommunikasjonskurs og ulike former for utdanninger samt oppfølging av spesifikke pasienthistorier i kommunehelsetjenesten. Vår erfaring er at bruk av film i mange tilfeller er nyttigere enn om personalet må lære kommunikasjonselementer gjennom kurs der de må lese og forholde seg til stoff som kan fremstå som fjernt og teoretisk. På film blir alt synlig, og det gir et godt utgangspunkt for videre veiledning. Vi konsentrerer veiledningen om det som virker positivt i forhold til pasienten og den aktuelle situasjonen. Da får resten av personalet en god modell å arbeide etter.

Solide fagmiljøer

Også Astrid Andersen, fagkonsulent ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og May Britt Storjordet, avdelingsleder ved alderspsykiatrien i Molde utdanner Marte Meo-terapeuter. Begge er utdannet Marte Meo-supervisor. Både Geria, Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri, Ressurssenteret for demens i Trondheim kommune og alderspsykiatriske avdelinger i Stavanger og Haugesund bruker metoden og tilbyr Marte Meo-veiledning. Marte Meo-terapeuter er ansatt ved sykehjem i Oslo, Asker, Bærum, Vestfold, Østfold, Stavanger, Haugesund, Trondheim og Hordaland.

– Marte Meo brukes overfor egne pasienter, men ikke minst viktig er metoden i overføringen av pasienter fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Vi ser på film som et godt verktøy i samhandlingen mellom nivåene, for å overføre informasjon begge veier.

Hva med pasienten?

Hvis vi ser situasjonen fra pasientens side, er det ikke sikkert at jeg – hvis jeg utvikler demens – ønsker å bli filmet mens jeg slår meg vrang under et stell. Aller minst hvis dette skal diskuteres av en hel flokk ansatte etterpå. Hvilken styring har pasienten med det som skjer?

– Det er en rekke personvernsspørsmål inne i dette. Dersom tilsynlegen og helspersonellet i samarbeid med pårørende vurderer at pasienten ikke har samtykkekompetanse til å vurdere konsekvensene av å bli filmet, føres dette resultatet inn i pasientens dokumentasjons-system. Hvis man vurderer at samtykkekompetansen ikke er til stede i forhold til dette konkrete tiltaket, informeres pårørende om at det er tenkt å bruke filmopptak for å finne frem til den tilnærmingsmåten pasienten trenger i den konkrete situasjonen. Hvis pasienten har sagt ja til filming, men pårørende er betenkt, er det behandlerne som tar avgjørelsen. En vesentlig vurdering er om pasienten vil kunne gå glipp av en bedre tilnærming hvis vi ikke filmer. Uansett om pasienten har samtykket, må opptak avsluttes hvis pasienten ved kroppsspråk eller på annen måte uttrykker ubehag eller ulyst ved å bli filmet. Dette har jeg selv kun opplevd én gang i løpet av ti år. Det er avgjørende at den som gjør opptak er var for pasientens signaler, ellers blir det heller ingen terapeutisk situasjon å dra lærdom av.

Hvordan opplever pleiere å bli filmet?

– Mange kvier seg på forhånd, men når de oppdager at vi i veiledningen etterpå konsentrerer oss om de gode eksemplene, får de en bekreftelse på at de gjør noe riktig og positivt. Da kan vi oppleve konkurranse i pleiergruppen – dette vil alle være med på!

Lederne har ansvar

Vi har flere ganger skrevet i D&A om sykehjem som ikke arbeider med veiledning til personalet. Marianne Munch bekrefter at det ikke er like lett alle steder å få innført Marte Meo som arbeidsmetode.

– Vi har lært at det er nytteløst å gå inn i samarbeid med sykehjemsavdelinger der det er svak ledelse eller mange konflikter. De må rydde i eget hus før de kan dra nytte av metoden. Endring krever god oppfølging fra ledelsen. At pleierne ikke er vant med veiledning trenger ikke å ha negativ betydning. Når de ser egne pasienter og kolleger bli filmet og fremstilt med en positiv vinkling, oppleves ikke veiledning som noe negativt. Det skaper heller nysgjerrighet og lyst til å gjøre mer av det som virker. Det avgjørende er at ledelsen følger opp det man blir enige om i veiledningen, slik at de konstruktive forslagene kommer pasienten til gode.

Vil du vite mer om Marte Meo? Gå inn på www.martemeeo.no, www.olaviken.no, www.martemeeo.com

Aktuelle mailadresser:

Marianne Munch: mmun@olaviken.no

Astrid E. Andersen: astrid.andersen@aldringoghelse.no

May-Britt Storjord: may-britt.storjord@helsenr.no

TEKSTBOKS

Grunnelementer for funksjonsstøttende kommunikasjon brukt i Marte Meo

- 1. Behovet for å bli møtt på en trygghetsskapende og tillitvekkende måte**
Ved å bli møtt med et smil og et engasjert kroppsspråk kan pasientens utrygghet og angst for å mislykkes dempes og forventninger om å lykkes styrkes.
- 2. Oppmerksomhet, bekreftelse og samhandling**
Omsorgspersonen er oppmerksom på pasientens behov og initiativ, og benevner og bekrefter dette med ord, lyder eller mimikk. Omsorgspersonen legger til rette for at pasienten skal reagere tilbake.
- 3. Informasjon om hva som skal skje**
Omsorgspersonen skaper trygghet og forutsigbarhet ved å sette ord på handlinger og opplevelser i samspill-situasjonen.
- 4. Anerkjennelse underveis i handlingsforløpet**
Omsorgspersonen bekrefter pasienten og gir anerkjennelse verbalt i form av utsagn som fint, bra, og lignende eller i form av smil, nikk og andre positive nonverbale signaler.
- 5. Hjelp til å være i rytme og oppleve å være i kontakt**
Omsorgspersonen tar hensyn til og avventer pasientens reaksjon slik at det blir en vekselvirkning eller rytme i samspillet.
- 6. Individuell tilpasset fysisk berøring**
Omsorgspersonen håndleder om nødvendig pasienten gjennom handlingsforløpet. Omsorgspersonen gir om nødvendig pasienten fysisk nærhet ved angst.
- 7. Markering av start og avslutning**
Omsorgspersonen markerer tydelig start og avslutning på en handlingsrekkefølge.
- 8. Støtte til å tåle og til å mestre ubehag**
Omsorgspersonen hjelper pasienten til å holde ut mulige ubehagelige, men nødvendige oppgaver slik som tannpuss og kroppstell. Omsorgspersonen er bevisst sin følelsesmessige inntoning i slike situasjoner.
- 9. Hjelp til å presentere seg og til å reagere på andre**
Omsorgspersonen støtter pasienten til å opptre sosialt, ved å benevne pasientens og andres reaksjoner, og ved å presentere personene for hverandre.



Samtykkekompetanse: Hvordan takler vi vurderingene?

«Vurdering av samtykkekompetanse blir stadig viktigere i helsevesenet i takt med økende antall personer med kognitiv svikt i befolkningen.»

De fleste som arbeider innen helse- og omsorgssektoren treffer av og til på eldre mennesker som ikke ønsker å motta den helsehjelpen vi tilbyr dem. En del av disse nekter hjelp fordi de på grunn av sykdom eller svekkelse ikke skjønner sitt eget beste. Spørsmål om hva vi *kan* gjøre mot deres vilje (jus) og hva vi *bør* gjøre (fag, etikk) kan av og til være vanskelig å besvare. I min fremstilling nedenfor vil jeg ved hjelp av en sykehistorie prøve å belyse en del problemstillinger hvor vurdering av samtykkekompetanse og bruk av kapittel 4A i pasientrettighetsloven kan komme til anvendelse.

Thomas F

Thomas F er en 75 år gammel enkemann og har av sin fastlege dr. G fått diagnosen demens, sannsynlig Alzheimer type. Han er i en tidlig fase med redusert korttidshukommelse som hovedsymptom.

Tiden går og ett halvt år senere viser det seg at Thomas F ikke lenger greier å holde oversikt over regningene sine og har kommet i uføre med inkassokrav. Han forteller legen at han føler seg ensom og at barna ikke har særlig tid til overs for ham.

Fastlegen foreslår at han får opprettet en hjelpeverge for å hjelpe seg med det økonomiske. I tillegg foreslår legen at han burde ta imot noe offentlig hjelp, som matombringing, tilsyn av hjemmetjenesten samt et dagsentertilbud.

Thomas F går med på at det blir oppnevnt hjelpeverge, men ønsket ikke dagsenter eller annen innblanding fra det offentlige. Legen godtar dette.

a. Er vurdering av samtykkekompetanse relevant her?

Et nytt halvår går og Thomas F blir stadig mer forvirret, snur døgnnet og ringer sin nevø på alle døgnets tider, han glemmer å skru av kokeplater og har problemer med å kle på seg ordentlig. Han går ut – ofte alt for tynnkledd – og finner ikke tilbake på egenhånd. Han har i mellomtiden akseptert hjemmesykepleie og hjelp til stell og mat, men vil ikke høre snakk om dagsenter eller sykehjemsopphold og mener omgivelsene overdriver sin bekymring for ham. Hjemmetjenesten er bekymret for hans evne til å ta vare på seg selv og mener at de ikke kan gi ham tilstrekkelige tjenester for å ivareta hans sikkerhet til høsten/vinteren. Hjemmetjenesten ber dr. G vurdere om pasienten er samtykkekompetent.

b. Hvordan bør dr. G gå frem for å vurdere om Thomas F er samtykkekompetent?

Man valgte i det lengste å etterleve Thomas F ønske om å få bo hjemme. En kald høstdag finner en nabo ham tynnkledd ute, liggende på bakken, og han klarer ikke stå på bena. Dr. G kjører tilfeldigvis legevakt og blir tilkalt. Han ønsker å legge ham inn på sykehuset, men Thomas F vil ikke høre snakk om det. Han vil hjem.

c. Hva gjør dr. G nå?

Dr. G velger å legge inn Thomas F på sykehus. Der finner man at han har pådratt seg et hoftebrudd. Thomas F blir urolig, samarbeider ikke, river ut venfloner og kateter. Det tar over et døgn før han kan opereres, men han nekter hardnakket for at han trenger operasjon.

d. Hvordan forholder ortopedene seg til dette?

Thomas F blir operert. Postoperativt blir han svært urolig og hallusinert. Personalet ønsker å gi ham medisiner for å roe ham ned, men han nekter å ta tabletter og gir uttrykk for at de forsøker å forgifte ham.

e. Hva gjør vakthavende lege på avdelingen med dette?

Man bestemmer seg for at Thomas F ikke er samtykkekompetent, og legen på ortopedien lager vedtak etter Pasientrettighetslovens kapittel 4A for å få ham overført til et sykehjem mot hans vilje. Når han ankommer sykehjemmet er han svært redusert og er blitt inkontinent. Han nekter å vaske seg, går stadig rundt i bleier med avføring og slår gjerne etter pleierne når de prøver å hjelpe ham med stell.

f. Hva gjør tilsynslegen med dette?

Kapittel 4A i Pasientrettighetsloven

Sykehistorien ovenfor utfordrer leger og annet helsepersonell i forhold til vår faglige, juridiske og ikke minst etiske kompetanse. I vår kulturkrets hegner vi sterkt om enkeltmenneskers selvvråderett (autonomi) og retten til privatliv. Som helsepersonell ønsker vi å gå langt i å respektere enkeltmenneskers vurderinger, og vi tilstreber å gjøre det gode til beste for pasienten. Samtidig er vi opptatt av menneskers rettsikkerhet og rettsvern. I fortellingen ovenfor gikk man langt i å respektere Thomas F's autonomi og rett til privatliv. Man vurderte at det var den helhetlig beste løsningen å la en stolt mann få bevare sitt kjære hjem så lenge som mulig.

Det nye kapittel 4A i pasientrettighetsloven (pasrl) som trådte i kraft 1.1.2009 er ment å skulle dekke situasjoner hvor gjeldende lovverk hadde etterlatt seg et lovtomt rom. Formålet med de nye bestemmelsene i pasrl er å forsikre seg om at mennesker uten samtykkekompetanse som nekter, likevel skal få nødvendig helsehjelp og unngå helseskade. Man ønsket altså at under visse betingelser skulle det være lov både å operere en pasient som Thomas F, og flytte ham til sykehjem, til tross for at han nekter. Samtidig ønsket man at de samme bestemmelsene i lovverket, som åpner for en ny type tvungen helsehjelp, også skulle bidra til å forebygge og begrense bruk av tvang ovenfor de samme pasientgruppene. Ved hjelp av strenge betingelser for tvangsbruk og med klagerett som ivaretar rettssikkerheten var intensjonen å redusere den uhjemlede tvangen som man visste foregikk blant annet på sykehjemmene rundt om i Norge. Å stimulere til alternative løsninger samt legge forholdene mest mulig for frivillighet, ble fremhevet.

Hvem omfattes?

I all hovedsak gjelder de nye bestemmelsene i pasrl pasienter med demens, psykisk utviklingshemning eller alvorlig sinnslidende. Felles for disse tre gruppene er at de kan mangle såkalt *samtykkekompetanse*, som kan sies å være «inngangsbilletten» for å kunne anvende Kap 4A i pasrl. I starten av sin demenssykdom ble Thomas F vurdert til å inneha samtykkekompetanse i forhold til spørsmål om helsehjelp. Hans symptomer var i hovedsak svekkelse av korttidshukommelsen, lette orienterings-

vansker samt lett svekkelse av evnen til å klare seg i dagliglivet. Legen mente at pasienten forsto konsekvensene av sine valg da han nektet offentlig hjelp og avslo tilbud om dagsenter. Pasientrettighetslovens kapittel 4A kunne da ikke komme til anvendelse. En samtykkekompetent person kan nekte enhver somatisk

behandling (inkludert omsorgstjenester) som tilbys, selv om andre synes valget er dumt og uansvarlig. En pasient har altså rett til helsehjelp, men ikke *plikt* til å motta denne hjelpen.

En annen betingelse for anvendelse av Kap 4A er at pasienten *nekter helsehjelp* og at konsekvensene av dette kan medføre alvorlig *helseskade*. Noe lenger ut i syk-

domsforløpet ble Thomas F ikke lenger

oppfattet som samtykkekompetent, særlig i forhold til selvstendig boevne og egenomsorg. Han tok imidlertid imot mer hjelp fra hjemmetjenesten og nektet ikke helsehjelp. Således anvender man heller ikke da bestemmelsene i kapittel 4A, men bruker såkalt representert samtykke (§ 4-6 i pasrl), noe som vil utdypes nedenfor.

Lovendringens utgangspunkt er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelp som de *presumptivt ville takket ja til dersom de evnet å samtykke til denne*. Den aktuelle helsehjelpen loven er ment å dekke, omfatter forebygging (for eksempel tannhelse), diagnostikk (for eksempel blodprøver), behandling av somatiske lidelser, rehabilitering eller habilitering og sist, men ikke minst, pleie og omsorg (stell, daglig hygiene og næringsinntak).

Samtykkekompetanse

Å vurdere om et menneske innehar samtykkekompetanse blir relevant når det gjelder å ta i mot eller nekte helsehjelp, delta i forskningsprosjekter samt ved testamentopprettelse. I vår fortelling var temaet relevant i starten av sykdommen i forbindelse med tilbud om hjemmetjenester som han avslo, senere da det var snakk om å motta mer hjemmetjenester enn han hadde, etter hvert operasjon og siden sykehjemsopphold.

Hva er så egentlig samtykkekompetanse og hvordan går man frem for å vurdere dette? Kort fortalt kan man si at samtykkekompetanse er *evnen til å forstå hva saken dreier seg om, samt å kunne ta beslutninger på grunnlag av denne forståelsen*. I vår sammenheng dreier det seg om pasientens kompetanse til å ta avgjørelser for seg selv i spørsmål om helsehjelp. Dette innebærer blant annet evnen til å *forstå konsekvensene av å nekte helsehjelp*. For å kunne oppfattes som samtykkekompetent krever vi at pasienten må kunne oppfatte, beholde, gjengi og forstå informasjon som er relevant for beslutningen om den helsehjelpen som tilbys. De må kunne resonnerer selv ved å vurdere de ulike alternativene opp mot hverandre, samt vurdere konsekvensene av dem for egen lidelse og omsorgssituasjon. Gode spørsmål for å utforske om en aktuell pasient er samtykkekompetent vil kunne være av typen: «Hvorfor er du kommet hit til legen/sykehuset i dag?» «Hva tror du feiler deg?» «Har du noen problemer med hukommelsen?» «Har du behov

for behandling?» «Hvordan tror du en eventuell behandling vil virke på deg?» «Hvorfor synes du ditt alternativ er bedre enn det legen og familien din foreslår?» «Ser du noen problemer for deg ved fortsatt å bo hjemme?» «Har du bestemt deg for hva du vil gjøre?» «Kan du fortelle meg med dine egne ord hva vi hittil har diskutert om helsen/situasjonen din?»

Vår venn Thomas F kunne ikke redegjøre godt for sine nattlige eskapader, ei heller forsto han at de kunne ha helsefarlige konsekvenser for ham. I forhold til operasjonen hadde han overhode ikke evne til å vurdere hva som var til hans eget beste.

Individuell vurdering av samtykkekompetansen

Hvordan en pasient svarer og forholder seg til ovennevnte spørsmål blir altså utslagsgivende for hvorvidt han eller hun oppfattes som samtykkekompetent i forhold til en spesifikk problemstilling. Vurdering av samtykkekompetanse skal gjøres individuelt og diagnoseuavhengig. Dette innebærer at en diagnose (for eksempel demens) ikke automatisk gir helsepersonell eller andre svaret på om en pasient er samtykkekompetent. Likevel er det nyttig og nødvendig å gjøre en grundig diagnostisk utredning når man skal vurdere samtykkekompetanse. I en alderspsykiatrisk/geriatrik sammenheng betyr det hovedsakelig å avklare om det dreier seg om demens, eventuelt type demens, delirium, depresjon eller psykose. I psykisk helsevern for voksne vil vurderingen være om det dreier seg om en psykose-lidelse eller nedsatte intellektuelle evner (psykisk utviklingshemning). Det er viktig å være klar over at undersøkelse og behandling av den psykiske lidelsen uten eget samtykke bare kan skje med hjemmel i psykisk helsevernloven. Har en psykosepasient en alvorlig somatisk lidelse og nekter utredning og behandling av denne på bakgrunn av manglende samtykkekompetanse, kan eventuelt 4A anvendes.

Ifølge pasientrettighetsloven § 43 er det den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse, og det fremgår av lovens forarbeider at man med dette mener den som har det faglige ansvaret for behandlingen.

Avgjørelsen om manglende samtykkekompetanse er altså en skjønnsmessig vurdering basert på prinsipper som nevnt ovenfor. Vurderingen bør baseres på en differensialdiagnostisk utredning i tillegg til målrettede spørsmål angående den spesifikke problemstillingen. Konklusjonen på denne vurderingen journalføres, men man lager ikke et vedtak om manglende samtykkekompetanse.

Litteraturen nevner spørreskjema/tester som kan være til hjelp i vurderingen av samtykkekompetanse, men meg bekjent er disse ikke oversatt i sin helhet eller i regelmessig bruk i Norge.

«Avgjørelsen om manglende samtykkekompetanse er en skjønnsmessig vurdering.»

«Samtykket kan gis uttrykkelig eller stilltiende.»

Når skal vurderingen foretas?

Vurdering av samtykkekompetanse skal gjøres når det foreligger en spesifikk situasjon som krever en slik vurdering. Dette kan for eksempel være spørsmål om pasienten ønsker en operasjon, innleggelse i sykehjem eller hjelp til personlig hygiene. Vurderes pasienten ikke å være samtykkekompetent, kan helsepersonell likevel ta avgjørelser for ham eller henne og bestemme at

pasienten skal opereres, stelles eller legges inn ved institusjon hvis han eller hun ikke nekter. Man anvender da såkalt representert samtykke (jf pasrl § 4-6). Før man tar en avgjørelse av inngripende karakter (for eksempel operasjon, innleggelse i institusjon, reseptbelagte legemidler)

skal det om mulig innhentes informasjon fra pasientens pårørende. Dette har betydning for å få innsikt i hva pasienten ville ha samtykket til før han eller hun mistet sin samtykkekompetanse. Imidlertid er det viktig å påpeke at det i siste instans er helsepersonell som bestemmer, man trenger ikke følge rådene fra pårørende (presisering av pasrl § 4-6 i juni 2008). Det er viktig å presisere at hvis pasienten nekter helsehjelp kan verken pårørende eller hjelpeverge samtykke til behandling på vegne av pasienten. Det blir altså ikke «mere lov» å bruke tvang mot en pasient selv om hjelpeverge og familie ønsker det.

Når fattes vedtak, og av hvem?

Oppfattes pasienten å ha manglende samtykkekompetanse i forhold til den konkrete problemstillingen og samtidig nekter helsehjelpen, kan det bli aktuelt å lage et vedtak i henhold til kapittel 4A i pasrl. Loven uttrykker klart at tillitskapende tiltak først skal prøves. Følgende tillegg betingelser kreves for å fatte et slikt vedtak (jf pasrl § 4 A-3):

- Det skal vurderes å kunne føre til vesentlig helse-skade for pasienten om man unnlater å gi den aktuelle helsehjelpen.
- Helsehjelpen må anses som nødvendig.
- Tiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelpen (forholdsmessighetsvurdering).
- En helhetsvurdering skal tilsi at tvang er det beste for pasienten (i denne vurderingen inngår graden av motstand pasienten yter).

Skal man fatte et vedtak etter kapittel 4A, er det den som er *faglig ansvarlig* (jf § 4A-5 i pasrl) for helsehjelpen som fatter vedtaket. Fordi det ofte dreier seg om somatisk helsehjelp eller tannhelse-tjenester vil dette som regel være lege eller tannlege. Man kan imidlertid se for seg situasjoner hvor sykepleier eller hjelpepleier er ansvarlig for pleie og omsorgstjenester og således kunne fatte vedtak om dette. Hvorvidt dette kommer til å skje i praksis får imidlertid tiden vise. En nyttig mal for et slikt vedtak finnes blant annet på Helsedirektoratets nettsider (www.helsedirektoratet.no).

Følger man denne vedtaksmalen er man sikker på å få med seg det som skal til for at det skal være gyldig som et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, samtidig som den hjelper vedtaksansvarlig steg for steg i vurderingsprosessen. Selv om man ikke «må» bruke denne malen, er det absolutt å anbefale at den brukes. Den har nylig fått et enda mer brukervennlig elektronisk format.

Gyldige rettsgrunnlag

Alt vi yter av helsehjelp overfor våre pasienter krever et såkalt gyldig rettsgrunnlag. Det vanligste rettsgrunnlaget er eget samtykke, som igjen baseres på samtykkekompetanse, jf pasientrettighetslovens kapittel 4, § 4-1 og § 4-2. Samtykket kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Som oftest er dette samtykket stilltiende, pasientene møter til timeavtale med helsepersonell, til undersøkelser eller ulike behandlingsprosedyrer og tar de medisiner vi forskriver. Andre rettsgrunnlag er såkalt representert samtykke i pasientrettighetsloven (§ 4-6) som vi har nevnt ovenfor. Vi kan i tillegg anvende tvungen helsehjelp i henhold til pasientrettighetsloven (kapittel 4A), psykisk helsevernloven og sosialtjenesteloven (personer med psykisk utviklingshemning og rusavhengige). Vi har også et rettsgrunnlag som baserer seg på nødrettsbetraktninger og plikt til øyeblikkelig hjelp (ø-hjelpsplikt) i straffeloven og helsepersonelloven.

Det er helsepersonellovens ø-hjelpsplikt (kapittel 2, § 7) vi benytter oss av når vi legger inn Thomas F på sykehus i vår fortelling. En nødvendig akuttoperasjon ville også falle inn under denne bestemmelsen («Helsepersonell skal gi den helsehjelp de evner når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.[...] Nødvendig helsehjelp skal gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke *og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen*»).

I vårt tilfelle, overfor Thomas F, hadde man litt tid på seg før operasjonen og valgte derfor å lage et vedtak i henhold til Kap 4A i pasrl som hjemlet operasjonen.

Da Thomas F ble urolig og vanskelig å behandle etter operasjonen mente man også at ø-hjelpsplikten i helsepersonelloven gjorde seg gjeldende og ga ham både Haldol og Stesolid intramuskulært for å roe ham ned. Hadde han vist seg til å være til fare for seg eller andre kunne man også påberope seg nødrett i henhold til § 47 og 48 i straffeloven. Anvendelse av nødrett er

ikke noe vedtak eller en hjemmel som legaliserer tvangsbruk, men det fritar for straffeansvar under gitte forutsetninger (tilgivelse og ikke tillatelse). At man påberoper seg nødrett må selvfølgelig journalføres.

Man valgte siden å fatte et vedtak etter pasrl kapittel 4A, for å legge Thomas F inn på sykehjemmet. Tilsynslegen må i dette tilfelle lage et nytt vedtak etter samme lovhjemmel om tilbakeholdelse, dersom Thomas F fortsatt nekter å være på sykehjemmet. Man fant faren for hudinfeksjon såpass overhengende på sykehjemmet at de valgte å også fatte et vedtak etter kapittel 4A for å kunne vaske og stelle ham.

Avsluttende kommentar

Som vi har sett i vår fortelling om Thomas F, stilles helsepersonell overfor en rekke ulike faglige, juridiske og etiske utfordringer i møte med våre pasienter. Vurdering av samtykkekompetanse blir nok stadig viktigere i helsevesenet fremover i takt med økende antall personer med kognitiv svikt i befolkningen. I den praktiske hverdag er det etter min mening ofte de etiske aspektene som er vanskeligst og dermed viktigst. Det betyr at det heldigvis er og fortsatt vil være behov for skjønn, og dermed «legekunst», i omgang med våre medmennesker og de mest sårbare av våre pasienter.

■ dagfinn.green@stolav.no

KILDER

1. Helsedirektoratet (2008) Lov om pasientrettigheter kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykke som motsetter seg helsehjelpen. Rundskriv IS-10/2008.
2. Lov om pasientrettigheter. Lov 1999-07-02-64.
3. Lov om helsepersonell. Lov 1999-07-02-63.
4. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. 1999-07-02-62.
5. Pedersen R, Hoffmann B, Mangset M (2007) Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. Tidsskr Nor Lægefor; 127: 1644-7.
6. Tunzi M (2001) Can the patient decide? Evaluating capacity in practice. Am Fam Physician; 64: 299306.
7. Engedal K, Haugen PK (2006) Demens. Fakta og utfordringer. Kap 19 og 20. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

REFERANSER fra side 14-15

1. Langåsdaalen K (2009) Hjemmets plass i demensutredningen. En undersøkelse om demensutredning i kommunehelsetjenesten med fokus på kartlegging av egenskaper ved hjemmet. Drammen: Høgskolen i Buskerud.
2. Westerberg T.H (red.) (2009) Gode tilbud i demensomsorgen – demenssteam, dagsenter og pårørendeskoler. Kartlegging. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
3. Sosial- og Helsedirektoratet. (2007) Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. IS-1486. Sosial og Helsedirektoratet.
4. Engedal K, Brækhus A, Lillesveen B og Breien AT (2005) Demensutredning i kommunehelsetjenesten. Utredningsverktøy til bruk for pleie- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
5. Sosialdepartementet (1992) NOU 1992:1 Trygghet Verdighet – Omsorg. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
6. Engedal K, Haugen PK m.fl. (2005) Lærebok i demens. Fakta og utfordringer (4.utg.) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
7. Bull G & Magnus IJ (1996) Omgivelser er terapi. Sem: INFO-banken.
8. Tinker A (1997) The environment of ageing. Phil. Trans. R. Soc. Lond. B, 352, 1861-1869.
9. Gullestad M (1989) Kultur og hverdagsliv. Oslo: Universitetsforlaget AS.



Hund og katt i sykehjem – et bidrag i miljøbehandling?

*Synser vi, ønsketenker vi eller
vet vi noe om effekten av å ha
dyr i sykehjem? Artikkelen viser
til en undersøkelse der omkring
90 prosent av sykehjemsledere
rapporterte om positive
virkninger på det sosiale miljøet.*

Det har de siste årene blitt økt fokus på dyrs betydning for menneskers helse og trivsel. Flere vitenskapelige studier i utlandet viser at dyr kan bidra til å fremme både psykisk og fysisk helse hos eldre på sykehjem. Ideen om å bruke dyr som en ressurs innen pleie og omsorg ble allerede beskrevet av Florence Nightingale (1820-1910), hvor hun poengterte at «A small pet is often an excellent companion for the sick, for long chronic cases especially.» (1). På bakgrunn av de positive effektene dyr kan ha på mennesket er det en stadig voksende interesse for dette feltet, og mange ønsker å holde dyr på sykehjem. Ofte dreier dette seg om bruk av dyreassisterte intervensjoner med hund. Å bringe en hund inn på sykehjem kan skape et miljø som er mer likt et hjemmemiljø, og være med på å fjerne noe av det litt upersonlige preget et sykehjem kan ha (2). Det samme kan gjelde en katt, som også er lettere å holde.

Dyreassisterte intervensjoner

Når man snakker om dyreassisterte intervensjoner mener man intervensjoner hvor man bruker dyr som del av en behandling eller som miljøskaper på for eksempel sykehjem eller andre institusjoner. Dyreassisterte intervensjoner innbefatter blant annet dyreassistert terapi og dyreassisterte aktiviteter. Dyreassistert terapi (DAT) blir brukt om en målrettet intervensjon som er en

integrert del av en behandlingsprosess. Terapien ledes av en helsearbeider med spesialkompetanse og holdes innenfor denne personens profesjon. Dyret som blir benyttet tilfredsstiller spesielle kriterier og skal være godt egnet til formålet. Dyreassistert terapi har som mål å fremme bedring i menneskers fysiske, sosiale, emosjonelle og/eller kognitive funksjoner. Terapien kan utføres i gruppe eller individuelt, og prosessen skal dokumenteres og evalueres. Dyreassisterte aktiviteter (DAA) innebærer at dyret bidrar som miljøskaper, og kan brukes av både fagfolk og legfolk, for eksempel som besøksvenn på sykehus og sykehjem, eller dyret kan være fastboende på avdelingen. Ulike personer kan være involvert, i motsetning til DAT, der én terapeut har hovedkontakten med pasienten. Tiltaket kan bidra sosialt, motiverende og utdannende og/eller som rekreasjon, og har ikke spesielle mål (3).

Miljøterapi

Miljø skapes av de som er til stede innenfor en rom- og bygningsmessig avgrensning. I sykehjem har personalets holdninger og handlinger en avgjørende betydning i miljøet. Vatne definerer miljøterapi som en praktisk behandlingsmetode i psykisk helsearbeid som har fokus på hvordan det fysiske og sosiale miljøet og ulike arbeidsmetoder i et behandlingsmiljø kan fungere som terapi (4). Fem terapeutiske funksjoner er beskrevet av Gunderson (5) som viktige faktorer i miljøterapi:

- 1) *Beskyttelse*, som refererer til omsorg, ivaretagelse, trygghet.
- 2) *Støtte*, som innebærer å styrke selvbildet til de eldre, og å øke velvære.

1) AntrozooologiSenteret AS

2) Psykisk helsearbeid, Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo

3) Institutt for psykisk helse, oppvekst og samfunn, Høgskolen i Hedmark

4) Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap, Universitetet for miljø- og biovitenskap



Lillepus. Foto: Bente Wallander.



Ida og Qlara. Foto: Jonas Berglund.

- 3) *Struktur*, som betyr at miljøet skal være forutsigbart med for eksempel fast program med tidspunkt for aktiviteter og hvilke personer som vil være tilstede.
- 4) *Engasjement*, som å være interessert i pasientenes hverdagsliv, ve og vel, og ha kunnskaper om hva som er viktig for dem og bidrar til å stimulere deres ressurser.
- 5) *Gyldiggjøring*, som er å vise de eldre respekt for egen vilje og ønsker, akseptere og anerkjenne de eldre uansett om de lykkes eller ei.

Dyreassistert terapi ser ut til å kunne fylle behovene for sentrale områder og faktorer i miljøterapi som sosial kontakt og mestring i relasjonen mellom beboerne og dyrene.

Hund og katt som bidrag i miljøbehandling

Dyr kan stimulere mennesker til å være mer sosiale, og det blir sagt at mennesker starter konversasjon, ler og utveksler historier i større grad når en hund er til stede (6). Mennesker som observerer dyr de føler seg trygge på, og som har direkte fysisk kontakt med dyret kan få senket både blodtrykk og hjertefrekvens (7). På institusjoner kan dyr virke avslappende på beboerne, beboerne beveger seg mer, de får andre ting å tenke på enn sykdommen, og de viser svakere sykdomssymptomer,

blant annet mindre smerte (7). I Italia, hvor det ble gjort en studie av eldre på et sykehjem, viste det seg at kjæledyrhold hadde en positiv effekt på beboernes psykiske helse, spesielt symptomer på depresjon og oppfattelse av livskvalitet (8). Hart beskriver et program hvor frivillige besøkte et sykehjem med hundevalper. De beboerne som var aktive med hundene, viste økt trivsel og tilfredshet med livet, bedre sosiale interaksjoner, sosial kompetanse og psykososial funksjon, og mindre grad av depresjon sammenlignet med kontrollgruppen (9). Flere studier har sett på effekten av dyreassistert terapi med hund på agiterende atferd og aggresjon hos personer med demens. I en pilotstudie utført av Richeson ble det funnet statistisk signifikant nedgang av agiteret atferd og en økning av sosiale interaksjoner, målt før og etter tre ukers daglig behandling med dyreassistert terapi med hund overfor eldre med demens (10). I en studie gjort av McCabe et. al ble det introdusert en fastboende hund på skjermet avdeling for personer med demens. Etter fire uker ble det funnet signifikant reduksjon i atferdsforstyrrelser og uro på dagtid (11). I en annen studie som benyttet observasjon for å undersøke sosial atferd hos tolv pasienter med Alzheimers sykdom, viste pasientene signifikant økning i verbal kommunikasjon, smil og latter når hunden var til stede (12).

TABELL 1

Virkninger av hund og katt rapportert av lederne ved sykehjemmene

Virkninger	KATT			HUND		
	Positiv %	Middels %	Ingen %	Positiv %	Middels %	Ingen %
Positivt for det sosiale miljøet	88,6	11,4	0,0	94,4	5,6	0,0
Negativt for det sosiale miljøet	3,6	0,0	96,4	0,0	0,0	100,0
Positive helsemessige virkninger	50,0	36,7	13,3	64,7	29,4	5,9
Negative helsemessige virkninger	3,7	3,7	92,6	0,0	0,0	100,0
Allergiske reaksjoner	6,9	17,2	75,9	0,0	0,0	100,0
Bedre humør hos beboere	75,0	21,9	3,1	83,3	16,7	0,0
Fremmer sosial omgang	68,8	25,0	6,3	81,3	12,5	6,3
Bedrer kommunikasjonsevne	60,7	17,9	21,4	70,6	23,5	5,9
Ekstra arbeid for ansatte	19,4	16,1	64,5	6,3	12,5	81,3
Bedre humør for ansatte	50,0	37,5	12,5	70,6	23,5	5,9

Resultater fra norske sykehjem

I en undersøkelse vi utførte blant ledere ved 282 sykehjem i Norge i 2010, viste det seg at 80 sykehjem hadde dyr (13). Av disse hadde 35 sykehjem katt og 18 hund, mens 27 sykehjem hadde hund som besøksdyr. Mange hadde også akvarium eller burfugl, og dette utgjør det mer tradisjonelle dyreholdet på sykehjem. Fjorten sykehjem brukte katten og 12 brukte hunden til terapeutisk virksomhet, ikke bare som en miljøskaper.

Lederne ble bedt om å vurdere i hvilken grad dyrene har virkninger (positiv, middels, ingen virkning) på beboerne og ansatte i forhold til en rekke utsagn (Tabell 1). Effektene av katt og hund i sykehjem ble rapportert å være entydig positive i forhold til det sosiale miljøet, humør og i stor grad også helse. Dette møter utfordringene norske sykehjem har, da en betydelig andel av beboerne har depressive plager og lidelser, kognitive problemer og demenssykdommer hvor språkfunksjoner kan være reduserte. Ofte ses også uro og aggresjon. I tillegg viser vår undersøkelse at dyr i sykehjem bedrer trivselen for de ansatte. Videre undersøkelser bør gjennomføres hvor en måler effektene direkte på beboerne.

Praktisk gjennomføring

Når man har bestemt seg for å bringe et dyr inn på sykehjem, er det viktig at man på forhånd har tenkt gjennom hvordan dette skal foregå og hva som skal være hensikten med å ha dyret der.

- Det er viktig å informere både beboere, ansatte og pårørende i forkant, slik at man er enige om å ha dyr på sykehjemmet. Selv om man ser at en besøkshund sprer glede både hos pasienter og ansatte, er de fleste signifikante funn fra forskningen basert på bruk av hund i dyreassistert terapi, det vil si at hunden brukes som en integrert del av et behandlingsopplegg, og at det dokumenteres og evalueres.
- Vurder å ha fastboende dyr som katt kun på enkelte avdelinger om det oppstår motstand blant enkelte beboere eller ansatte.
- For å kunne oppnå best mulig effekt er det viktig å tenke gjennom hvilken form intervensjonen skal ha.
- Hunden som benyttes i intervensjonen bør være vurdert egnet til bruk på sykehjem av en person med formell faglig kompetanse. Det er viktig at hunden som benyttes er selektert til dette formålet, og at den innehar egenskaper som kontrollerbarhet, pålitelighet, og forutsigbarhet. Den må også ha evnen til å skape tillit og trygghet, for på best mulig måte å passe inn i miljøet på et sykehjem.
- En katt er lettere å holde enn hund som miljøskaper og vekker mindre frykt hos beboerne. Katten må være voksen, sosial og nervesterk.
- Det må være etablert gode rutiner for å gi dyret optimal helse og velvære. God dyrevelferd er vesentlig for at dyret skal kunne trives, jf Lov om dyrevelferd. For at positive helseeffekter skal kunne oppstå mellom dyr og menneske, er det en forutsetning at forholdet er uten særlige problemer.

- Risikohåndtering og forebygging bør også stå sentralt med tanke på skader, allergi, og zoonoser (sykdommer som er overførbare mellom dyr og mennesker) (14).

For dem som ønsker å sette seg mer inn i temaet, kan siste utgave av fagboken til Aubrey H. Fine anbefales (15).

■ ida@azs.no

REFERANSER

1. Nightingale F (1859) Notes on Nursing. Ontario: Dover Publications.
2. Velde BP, Cipriani J et al. (2005) Resident and therapist views of animal assisted therapy; Implications for occupational therapy practice. Australian Occupational Therapy Journal; 52: 43-50.
3. Kruger KA & Serpell JA (2010) Animal-assisted interventions in mental health: definitions and theoretical foundations. I: Fine AH (red.). Handbook on Animal-Assisted therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice. (3rd Edition.). San Diego: Academic Press, s. 33-48.
4. Vatne S (2006) Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
5. Gunderson JG (1978) Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. Psychiatry; 41:327-335.
6. Messent PR (1984) Correlates and effects of pet ownership. I: Anderson LA, Hart BL & Hart RK (red.) The Pet Connection: Its influence on Our Health and Quality of Life. University of Minnesota, 331-340.
7. Fine A.H (red.) (2000) Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. San Diego: Academic Press.
8. Colombo G, Buono MD et al. (2006) Pet therapy and institutionalized elderly: A study on 144 cognitively unimpaired subjects. Archives of Gerontology and Geriatrics; 42: 207-216.
9. Hart LA The role of pets in enhancing human well-being: Effects for older people. I: Robinson I (red.) (1995) The Waltham Book of Human-Animal Interaction: Benefits and responsibilities of pet ownership. Kidlington: Elsevier.
10. Richeson NE (2003) Effects on animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adult with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias; 18: 353-358.
11. McCabe BW, Baun MM et al. (2002) Resident dog in the Alzheimer's special care unit. Western Journal of Nursing Research; 24: 684-696.
12. Kongable LG, Buckwalter KC et al. (1989) The effects of pet therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. Archives of Psychiatric Nursing; 3: 191-198.
13. Myren IK (2010) Terapi- og selskapsdyr i norske sykehjem en kartleggingsstudie. Masteroppgave i folkehelsevitenskap, Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås.
14. Fredrickson-MacNamara M, Butler K (2006) I: Fine AH (red.): Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice (2nd Ed.). San Diego: Academic Press: 121-147.
15. Fine AH (Ed.) (2010) Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice (3rd Ed.). San Diego: Academic Press.



Hundefører Wenche Trana med golden retrieveren Minga går ukentlige spaserturer med pasient Petter Vogt. Petter Vogt og Minga har funnet tonen, til gjensidig glede.

■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Terapihunder hjelper!

*Dyreassistert terapi er en
suksess ved Cathinka
Guldborg-senteret i Oslo.
Om alt går etter planen vil det
være elleve hunder med førere i
full sving fra årsskiftet.*

I en sofagruppe i hallen på Cathinka Guldborg-senteret sitter det en liten samling eldre pasienter. Plutselig blir den litt monotone stemningen avbrutt:

– Her kommer jeg med Jojo – noen som har lyst å hilse på, spør en kvinne som kommer ruslende med en labradoodle, en ny og allergivennlig hunderase krysset frem mellom puddel og labrador. En av de eldre mennene strekker seg frem mot hunden for å klappe den, mens en annen kommenterer:

– Han har et slags skilt på seg?

– Ja, han er terapihund, svarer hundefører Anne Gjertsen.

– Jasså, er'n terapeut, svares det, mens ansikter sprekker opp i smil rundt bordet.

Cathinka Guldborg er det første sykehjemmet i Norge med tilbud om dyreassistert terapi gjennom NODAT, Norsk forening for dyreassistert terapi. Frivillighetsleder Tonje Bjertness Reiss forteller at hun ble fascinert av



Hundefører Anne Gjertsen (til høyre) med labradoodlen Jojo har vært med siden starten, og begge stortrives med oppgaven. Frivillighetsleder Tonje Bjertnes Reiss prioriterer spesielt dette tilbudet, selv om det også tilbys høytlesning, boktralle og besøksvenner på sykehjemmet.

måned med ukentlige timelange besøk av omplasseringshunden Spiran og hennes eier Loretta tok han selv initiativet til å besøke kafeen. Pasienten har fått et nytt liv, og det er laget en dokumentarfilm om ham og hunden som kan ses på TV2 God Morgen Norges nettsider (se faktaboks).

Mediedekningen er forresten upåklagelig – et annet fjernsynsteam har nettopp avsluttet filming ved sykehjemmet, og serien med arbeidstittel «Hunder i uniform» skal vises til høsten i hele Skandinavia.

Godt utbytte for personer med demens

Også Petter Vogt, som har en demenssykdom, har fått bedre livskvalitet etter jevnlig besøk av hundeekvipasje. Vogt er en fysisk sterk mann og trenger mer mosjon enn mange av de eldre pasientene. I tillegg til de vanlige trimtilbudene får han bli med på lengre ukentlige turer med hunden Minga som følgesvenn.

Det er flere nytteaspekter når det gjelder personer med demens og hundeassisterte aktiviteter og terapi, opplyser Reiss:

- Det gir en ekstra motivasjon for å komme seg ut på tur.
- Medikamentbruken reduseres på grunn av mindre uro. Av den grunn ønsker Cathinka Guldborg-senteret å benytte de neste ekvipasjene ved demensavdelingen.
- Hunden har kontaktskapende og sosialiserende evner som fører til et bedre miljø blant både pasienter og ansatte og på tvers av dem.
- Hunden stimulerer det sansemotoriske apparatet, det blir mer bevegelse hos den enkelte gjennom klapping, kosing og pelsstell/børsting, og den kan tilfredsstille etterlengtet kroppskontakt.
- Hormonet oksytosin frigjøres ved nærhet og berøring. Det virker antistressende og gir en følelse av velbehag hos både mennesker og dyr.

– Vi ser hvor lite som skal til for å glede pasientene. Det er små enkeltøyeblikk av nærhet, ubetinget kjærlighet, varme og kontakt. De er gull verdt for dem det gjelder. Det er lettere å samhandle med en pasient som har hatt møte med en terapihund, fordi vedkommende er mer positiv og avslappet etter å ha hatt en god opplevelse. Det er en merkbar endring i stemningen i et rom når en hund kommer inn. Spenninger blir løst opp og det skapes en fin atmosfære som gir gode etterdønninger lenge etter at hunden har forlatt gruppen. En hund kan gi

opplegget mens hun studerte fysioterapi i Tyskland. Der, i tillegg til i USA og Sverige, har de drevet forskning på dette i flere år. I Sverige mottar opplæringsinstansen for dyreassistert terapi, Vårdhundskolan, offentlig støtte.

Cathinka Guldborg-senteret har hatt tre ekvipasjer¹ i halvannet år nå, og satser på en økning med ytterligere tre innen sommeren. Deretter fem til fra årsskiftet.

– *Tatt i betraktning de 127 beboerne ved sykehjemmet er dette lite, men alle monner drar, sier Reiss. Hun håper at bydel St. Hanshaugen/Ullevål skal være like positiv til å yte den nødvendige økonomiske støtten denne gangen som de har vært hittil.*

Utenfor vinduene ses en av de andre hundeekvipasjene som Cathinka Guldborg-senteret har knyttet til seg. Det er Wenche Trana med labradoren Minga som er på vei tilbake sammen med pasient Petter Vogt. De har vært på tur nede ved elven i det fine vårværet, de prater og ler mens de nærmer seg inngangsdøren.

Raske resultater

Tonje Bjertnes Reiss forteller at de positive endringene kom kort tid etter at de fikk den første ekvipasjen. En noe yngre pasient har bodd der i flere år, invalidisert av en alvorlig nevrologisk sykdom. Pasienten var dypt deprimert, og i lengre tid hadde han ikke vært interessert i å være med på noen av de foreslåtte aktivitetene, og hadde ikke vært ute av rommet på lenge. Etter halvannen

¹) Ekvipasje: En hund og dens fører (red.)

positive ringvirkninger på en hel avdeling, hvor både ansatte og pasienter blir berørt, sier Reiss.

– Jeg har vært med siden starten for halvannet år siden, og det er svært givende å se hvilken glede vi er med å skape, sier Anne Gjertsen. Hun er ukentlig inne på en avdeling for personer med demens sammen med hunden Jojo. Selv om det er én dame de er valgt ut til å besøke, merker hun glede og gjenkjennelse blant de andre i avdelingen når hun kommer.

– Det er veldig positivt at dette opplegget er forankret helt opp til direktøren, slik at alle de ansatte er innforstått med hvorfor jeg er her. Det behøver ikke skje så mye, det viktigste er godfølelsen som sprer seg i rommet. Noen ganger spaserer vi en tur med gåstolen i korridorene, vi ruller ball mellom hunden og pasienten, jeg har med godbiter som de får gi ham, han gjør småkunster som å balansere noe på snuten. Det skaper både stemning og samhold i gruppen, sier Gjertsen.

Kvalitetssikret

D&A spør om allergiske reaksjoner og frykt for hunder blant beboere og ansatte er et problem?

– Livet har ikke vært levd i sterile omgivelser før de kom hit. Det er likevel rutiner som følges ved at hundene alltid kommer nyvaskede, og at de ikke oppholder seg der det er mennesker som reagerer allergisk, formidler at de ikke er interessert eller har hundeskrek, sier Reiss.

Kvalitetssikringen av opplegget ivaretas ved at bare ekvipasjer uteksaminert ved NODAT (2) får komme til senteret. Det betyr at både hund og eier har gått gjennom omfattende kurs der. Og ikke alle oppfyller de strenge kravene, forteller Reiss.

– Det finnes mennesker som ikke er egnet til akkurat denne type jobb og som ikke har kommet gjennom nåløyet. Og det finnes hunder som ikke er sterke nok psykisk til ikke å la seg affisere av mer eller mindre kontrollerte utfall hos pasientene, høyrøstede stemmer, ustø gange, piller som triller over gulvet, røff behandling og sterk medisinalukt fra dem som vil ha nærkontakt. Vi skriver kontrakter og har klare avtaler om hvem som skal besøkes når og hva som skal skje. Nodat er svært profesjonelle, og vi har full tillit til deres utdannelsesopplegg. Vi har holdt informasjonsmøter for de ansatte med undervisning i de gode effektene dette gir, basert på forskningsresultater. På neste postmøte er det en ny informasjonsrunde, og da skal hundeequipasjene være med, forteller Reiss.

– Det vanskeligste er å velge ut hvem som skal være den «heldige vinner» av en fast terapihund, sier Reiss.

– Det er så mange som ønsker det og vil ha nytte av det, og så altfor få hunder til disposisjon.

Hun håper det skal bli som i Sverige, med full offentlig støtte til opplæringsinstansen.

Mer om terapihunder

1. «Hunder er medisin» kan lastes ned fra: <http://www.tv2.no/gmn/hunder-er-medisin-3179205.html>
2. Norsk organisasjon for dyreassistert terapi (NODAT) er en tverrfaglig ideell organisasjon som har som formål å spre informasjon om og legge til rette for dyreassistert terapi i Norge. Utdannelse og oppfølging fra NODAT koster omtrent ti tusen kroner per ekvipasje. Dette betales foreløpig av institusjonene (fordi det ikke gis statlig støtte) slik at de frivillige ikke skal ha utlegg. Hjemmeside: www.nodat.no
3. Universitetet for miljø- og biovitenskap på Ås tilbyr introduksjonskurs i dyreassisterte intervensjoner. Kurstilbudet er et samarbeidsprosjekt mellom Senter for etter- og videreutdanning og Antrozoologisenteret på Ås. Det gir 5 vekttall og ble startet i 2008. Mer informasjon fås på telefon 64 96 50 05 og www.umb.no/sevu

INFORMASJON



... det sa voff-voff her, det sa voff-voff der...

Mange sykehjem i Oslo har denne våren fått besøk av terapihund med fører, slik at de kan bli kjent med mulighetene i dyreassistert terapi. NODAT (Norsk forening for dyreassistert terapi) står for «turneen» som er betalt av Sykehjemsetaten i Oslo. Mer enn 30 sykehjem i hovedstaden har takket ja til slike besøk, og NODAT sier seg strålende fornøyd med responsen. (Red.)



Legetjeneste i sykehjem – hvorfor så varierende kvalitet?

*«Å komme til sykehjem fra
allmennlegekontoret er som en
reise flere tiår tilbake i tid.»*

I Demens&Alderspsykiatri nr 1-2011 har prof. emer. Harald A. Nygaard en kronikk der han drøfter ulike aspekter ved legetjenesten i sykehjem (1). Det er ikke vanskelig å slutte seg til hans betraktninger både når det gjelder behov for kvalitetsforbedringer i tjenesten og myndighetenes «svarteperspill» om sykehjemmene. Nygaard viser til flere rapporter fra sentrale helsemyndigheter som peker på avvik og mangler ved tjenesten, samtidig som de overlater ansvaret for driften av sykehjemmene til kommunene. Jeg er også enig i hans konklusjon om at vi trenger flere leger i heltidsstillinger. Hovedutfordringene for legetjenesten i sykehjem handler nok allikevel ikke om spørsmålet om hel- eller deltids sykehjemsleger, men mangel på analyse på systemnivå av hvorfor kvaliteten på denne tjenesten fortsatt varierer så mye. Basert på erfaringer som sykehjemslege gjennom snart 20 år, styremedlem i Forum Sykehjemsmedisin og medlem i Legeforeningens referansegruppe for sykehjemsmedisin, skal jeg i det følgende fremme noen synspunkter som belyser dette.

Alderisme preger tenkingen

Både i den kommunale omsorgstjenesten og i samfunnet forøvrig tenker nok fortsatt de fleste at sykehjemmenes hovedoppgave er ren pleie og omsorg for våre gamle. Synet på hva slags oppgaver sykehjemmene skal ha avspeiler i stor grad samfunnets syn på den gamle og syke, og er dessverre fortsatt preget av utpreget

alderisme. I en slik tenkning betyr det å være gammel og skrøpelig at det er lite man kan gjøre rent medisinsk, og at den gamle i hovedsak trenger trygghet, tak over hodet, ernæring, stell, pleie og omsorg. Det er fortsatt liten plass til det medisinske perspektivet til tross for overveldende dokumentasjon på at sykehjemspasientene ikke er på sykehjem på grunn av sin alder. De er der på grunn av betydelig grad av skrøpelighet og funksjonssvikt som skyldes flere kroniske sykdommer både fysisk og mentalt. En stor norsk studie av pasienter i sykehjem viste at over 80 prosent har demens, og en tredel av disse har demens av alvorlig grad (2). Selbæk og medarbeidere fant at opptil 72 prosent hadde klinisk signifikant grad av nevropsykiatriske symptomer (Ibid.). Det er nærliggende å betegne sykehjemmene som alderpsykiatriske institusjoner. «Hjem»-funksjonen i sykehjem er helt sentral, men den utelukker ikke at man samtidig må sikre god medisinsk kvalitet. Det burde være mulig å ta vare på begge perspektiver. Ikke for at pasientene nødvendigvis skal leve lengre, men for at

*«Pasientene er
ikke på sykehjem på
grunn av sin alder...»*

de skal leve bedre. Da må noen oppdage, behandle og følge opp hjertesvikt, kols, artrose, grå stær, kroniske smerter, delirium, demens, depresjon og angst på samme måte som vi gjør for yngre mennesker. Dette er behandling og symptomlindring for bedre livskvalitet.

Utilstrekkelig faglig kompetanse i ledelsen av omsorgstjenestene

Kunnskapen om de omfattende medisinske oppgavene i sykehjem er for så vidt godt kjent blant sykehjemsleger, men det finnes ingen avspeiling av disse forholdene i ledelsen på administrativt nivå i kommunenes omsorgstjeneste. Noen svært få store kommuner har stillinger som eldreoverlege eller sykehjemsleger, men det er snarere unntaket enn regelen. Og i de fleste sykehjemmene deltar ikke sykehjemslegen i ledelsen av sykehjemmet. Konsekvensen er at det innen omsorgstjenesten i norske kommuner på ulike nivåer ukentlig fattes viktige beslutninger som også krever geriatrik

kunnskap, uten at denne kunnskapen er systematisk representert. Disse beslutningene berører rammene for drift av sykehjem, bemanningsnormer for leger og pleiepersonalet, faglige retningslinjer, pleiekultur, medikamenthåndtering, opplæringsprogrammer, journal-systemer, inntak og utskrivning og så videre. Det er i stor grad sykepleiere som besitter disse ledelsesfunksjonene både som avdelingsledere, mellomledere og toppledere. De er ofte dyktige ledere, men det som vektlegges i forhold til deres kvalifikasjoner er deres lederkompetanse, ikke deres medisinskfaglige (geriatrike) bakgrunn. Når kommunene i tillegg har sin egen byråkratiske drivkraft og i hovedsak fokuserer på budsjett og «produksjon», det vil si kvantitet, formes lederne etter hvert i samme mønster. Det legges betydelige ressurser i hyppig rapportering på regnskap, sykefravær og HMS-arbeid¹. Det er som regel kun via brukerundersøkelser man måler kvalitet, og disse er ofte lite representative fordi en så stor andel av beboerne på sykehjem ikke kan svare selv.

Samhandlingsreformen (3) legger opp til større grad av styring med legetjenesten i kommunene både i forhold til organisering, bruk av ressurser og faglig innhold. Det er etter mitt syn nødvendig, men denne styringen bør skje av ledere som har medisinskfaglig kompetanse. Det vil si at legene i mye større grad enn i dag må inn i formelle lederfunksjoner på alle nivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Sentrale helsemyndigheter har sviktet

Harald A. Nygaard viser i sin kronikk (1) til undersøkelsen som kom i desember 2010 utført av Statens helsetilsyn (4), der en rapporterte tilsyn fra 67 sykehjem. Ved 51 av sykehjemmene ble det påvist avvik. Denne rapporten er viktig fordi den dokumenterer den store variasjonen i faglig kvalitet og kan være utgangspunkt for forbedringer. Analysene av hvorfor forholdene er såpass dårlige er dessverre tillagt liten vekt i rapporten. Det nevnes at kommunene må «se til at legetjenesten ved sykehjemmet er tilstrekkelig dimensjonert og organisert på en formålstjenlig måte i forhold til oppgavene som skal gjøres». Dette er uforpliktende konfekt av typen «Gode Ønsker» som vi ser i mange dokumenter fra våre myndigheter. Selv om det er bedring i timetallet for legene i flere kommuner, er det neppe tvil om at en nasjonal norm for sykehjemslegestillinger ville gitt fortgang i dette arbeidet. En slik norm må gi et timetall som er såpass romslig at det er mulig for sykehjemslegene både å ivareta det individrettede pasientarbeidet, utvikle egen kompetanse, institusjonsrettede oppgaver, ledelse og ikke minst veiledning av nye sykehjemsleger. For en del sykehjemslegestillinger bør en sannsynligvis gå høyere i stillingstørrelse enn det Legeforeningen foreslår i sine normtall (5).

«Brukerundersøkelser er ofte lite representative.»

Dette er uforpliktende konfekt av typen «Gode Ønsker».

Videre heter det i rapporten at kommunene må «sørge for et velfungerende journalsystem». Men hvordan skal hver enkelt kommune klare dette alene? Det må et nasjonalt initiativ til for å få plass et journalsystem som også er tilpasset legetjenesten og de medisinske oppgavene i sykehjem. De fleste journalsystemer som

brukes på sykehjemmene i dag ble i utgangspunktet utviklet for å håndtere kommunenes behov for pasientadministrasjon. Underveis har man også utviklet systemer for sykepleierdokumentasjon, mens det fortsatt halter

betydelig på sykehjemslegenes muligheter til sikker og solid pasientdokumentasjon. Medikamenthåndtering skjer mange steder via papirbasert medisinkardex som er tidkrevende å holde à jour. Svært få sykehjem kan kommunisere elektronisk med sykehus og motta epikriser og laboratoriesvar integrert i pasientjournalen. Henvisninger må skrives ut på papir og sendes per post. Dette er svært tidkrevende, betyr mye dobbeltarbeid og er i tillegg usikre løsninger. Gode og velfungerende journalsystemer er en helt nødvendig faktor for å sikre god kvalitet på legetjenesten i sykehjem. Allmennlegetjenesten har i en årrekke hatt slike løsninger på plass i velfungerende datasystemer. Å komme til sykehjem fra allmennlegekontoret er som en reise flere tiår tilbake i tid. Det bør ikke være overraskende at Helsetilsynet i sin rapport finner hyppige avvik som har sammenheng med mangelfull journalføring og dokumentasjon. Men her er det avvik på systemnivå, og adressaten bør være våre sentrale myndigheter.

Det er selvsagt flere forhold som er avgjørende for kvaliteten på legetjenesten enn det jeg har nevnt her. Dette er da også godt ivaretatt i Harald A. Nygaards kronikk (1). Hovedpoenget mitt er at de fleste tilfeller av svikt i tjenesten må sees i lys av måten tjenesten er ledet på, og de rammebetingelser kommuner og sentrale myndigheter har gitt.

■ bjornlic@online.no

REFERANSER

1. Nygaard HA (2011) Legetjeneste i sykehjem – deltid eller heltid? *Demens&Alderspsykiatri*, 1:30-33.
2. Selbæk G, Kirkevold O 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): 843-9.
3. Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
4. Statens helsetilsyn (2010) Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008-2010. Rapport fra Helsetilsynet 7/2010.
5. Den norske legeforening. Lokale bemanningsnormer i sykehjem – kommentar til veileder fra Sosial- og helsedirektoratet. Oslo, 2007. www.legeforeningen.no/as-set/35569/1/35569_1.pdf

¹) HMS: Helse, miljø og sikkerhet (red.)



Adekvat legemiddelbehandling i sykehjem

Eldre pasienter har ofte sammensatte helseproblemer som krever behandling med flere medikamenter, men er samtidig spesielt sårbare/utsatt for legemiddelrelaterte problemer.

Pasienter i norske sykehjem bruker gjennomsnittlig seks til syv faste legemidler, særlig mot psykiske lidelser, hjerte/karsykdommer og forstoppelse. I tillegg brukes smertestillende og beroligende midler/sovemidler ved behov (1,2).

Om lag åtte av ti pasienter i norske sykehjem har demenssykdom. Redusert evne til å kommunisere symptomer og plager vanskeliggjør utredning av sykdom og oppfølging av legemiddelbehandling. Demens medfører etiske dilemmaer i vurderingen av om pasienten selv ville ha ønsket legemiddelbehandling, og grenseoppgangen mot tvangsbehandling kan være uklar. Pasienter med atferdssymptomer ved demens behandles ofte med beroligende legemidler, men er samtidig spesielt følsomme for slike medisiner (3).

Pasienter innlagt til langtidsopphold i sykehjem har begrenset gjenstående levetid. Optimal legemiddelbehandling for pasienter i livets siste fase som har sammensatte helseproblemer, er vanskelig. Kunnskapsgrunnlaget er svakt fordi denne pasientgruppen vanligvis ekskluderes fra kliniske studier. Imidlertid er mangelen på spesifikke retningslinjer for medikamentell behandling av sykehjemspasienter en utfordring for sykehjemsleger.

Strukturert legemiddelgjennomgang og verktøy

Studier viser at forekomsten av legemiddelrelaterte problemer i sykehjem er høy, grunnet bruk av uhensiktsmessige legemidler og/eller uhensiktsmessig bruk av legemidler (4-6). Strukturert gjennomgang av pasienters medisinliste på bakgrunn av klinisk informasjon er en god metode for å avdekke legemiddelrelaterte problemer og for å optimalisere behandlingen, (Tekstboks 1) (7).

Indikasjon

Basert på en helhetlig klinisk vurdering må bruksgrunnlaget for hvert enkelt medikament vurderes kritisk, og forventet gevinst avveies mot mulige ulemper. En bør ha realistiske behandlingsmål i lys av pasientens forventet

TEKSTBOKS 1

Strukturert legemiddelgjennomgang

Foreligger indikasjonen fremdeles?

Er behandlingen effektiv?

Finnes mulige bivirkninger?

Finnes uheldige medikamentkombinasjoner?

Kan noen doser reduseres?

Kan noen preparater seponeres?

Er det behov for nye medikamenter?

resterende levetid. Dette gjelder særlig forebyggende behandling av høyt blodtrykk, kolesterol og benskjørhet. Prioritering av behandling på bakgrunn av pasientens totalsykkelighet og funksjonsnivå er viktig for å unngå polyfarmasi. Ikke alt kan eller skal behandles med piller.

Legemiddelvalg

En rekke legemidler er generelt uhensiktsmessige ved bruk hos eldre grunnet økt risiko for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Ulike kriterier er blitt utarbeidet for å bedømme forskrivningskvalitet hos eldre, og disse kan brukes som sjekklister til hjelp ved legemiddelforskrivning. STOPP (8) og START (9) tar utgangspunkt i vanlige tilstander hos eldre, der visse medisiner enten frarådes eller anbefales brukt, (Tekstboks 2 og 3). Til hvert kriterium er det knyttet en kort begrunnelse eller referanse. I Norge har man nylig utviklet en kriterieliste for eldre pasienter i allmennpraksis, uavhengig av diagnoser, NORGEp, (Tekstboks 4) (10). STOPP og NORGEp er tilgjengelig via Helsebibliotekets og Norsk

geriatriisk forenings nettsider, og START vil bli lagt ut snart. De ulike verktøyene er nyttige hjelpemidler, men verken kan eller skal erstatte den helhetlige kliniske vurderingen!

Dosering

Fysiologiske aldersforandringer, spesielt svekket nyrefunksjon og redusert reservekapasitet, bidrar til at mange legemidler har økt effekt og flere bivirkninger hos eldre. Legemidler bør ofte doseres lavere hos eldre, og tilpasses pasientens kroppsvekt, nyrefunksjon og øvrig medikasjon. Endring av sykdomsbildet over tid kan medføre behov for dosejustering. Nedtrapping og seponeringsforsøk bør vurderes jevnlig.

TEKSTBOKS 2

STOPP (Gallagher et al. 2008)

Noen eksempler: Hjerne- og karsystemet

- Langtidsbehandling med digitoksin i doser som gir s-digitoksin utenfor anbefalt nivå (*økt risiko for digitoksinforgiftning*).
- Slyngediuretika¹ som førstevalg av monoterapi ved hypertensjon (*tryggere og mer effektive alternativer tilgjengelige*).
- Tiazid (Centyl, Esidrex) ved urinsyreigikt i sykehistorien (*kan forverre urinsyreigikt*).
- Betablokker ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (*risiko for økt bronkospasme*).
- Bruk av diltiazem (Cardizem) eller verapamil ved hjertesvikt NYHA² klasse III eller IV (*kan forverre hjertesvikt*).
- Acetylsalisylsyre i dose >150mg daglig (*økt blødningsrisiko, ikke evidens for økt effekt*).

Noen eksempler: Muskel- og skjelettsystemet

- Ikke steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) ved moderat/alvorlig hypertensjon (moderat: 160/100mmHg – 179/109mmHg; alvorlig: >180/110mmHg) (*risiko for forverring av hypertensjon*).
- NSAID ved hjertesvikt (*risiko for forverring av hjertesvikt*).
- Warfarin og NSAID samtidig (*risiko for gastrointestinal blødning*).
- NSAID ved kronisk nyresvikt (*risiko for forverring av nyrefunksjon*).

« estimert GFR 20-50ml/min.

www.legeforeningen.no/geriatri

<http://www.helsebiblioteket.no/Legemidler/54591.cms>

¹ En type vann drivende medisiner.

² New York Heart Association.

TEKSTBOKS 3

START (Gallagher et al. 2008)

Noen eksempler: Hjerne- og karsystemet

- Warfarin ved kronisk atrieflimmer [Hart et al. 1999, Ross et al. 2005, Mant et al. 2007].
- Acetylsalisylsyre eller klopido-grel ved kjent arteriosklerotisk koronar, cerebral eller perifer karsykdom hos pasienter med sinusrytmi¹ [Smith et al. 2006].
- Antihypertensiv behandling ved vedvarende systolisk blodtrykk > 160 mmHg [Williams et al. 2004, Papademetriou et al. 2004, Skoog et al. 2004, Trenkwalder et al. 2005].
- Statinbehandling ved kjent koronar, cerebral eller perifer karsykdom dersom pasienter er uavhengig i dagliglivets aktiviteter og levetidssiktene er mer enn 5 år [Brown og Moussa 2003, Amarenco et al. 2004, Smith et al. 2006].
- Angiotensin converting enzyme (ACE)-hemmer ved kronisk hjertesvikt [Hunt et al. 2005].
- Betablokker ved kronisk stabil angina pectoris [Gibbons et al. 2003].

¹ Normal hjerterytme.

TEKSTBOKS 4

Norwegian General Practice (NorGeP) criteria (Rognstad et al. 2009)

Eksempel: Benzodiazepiner med lang virketid

Kriterier	Kommentarer
Diazepam (Valium, Stesolid, Viva)	Lang halveringstid. Også farmakologisk aktive metabolitter har T _{1/2} > 50 timer. Fare for akkumulering i kroppen, muskelsvakhet, økt fare for fall og brudd.

Nitrazepam (Mogadon, Apodorm)

Flunitrazepam (Rohypnol)

http://www.legeforeningen.no/asset/45377/1/45377_1.pdf

<http://www.helsebiblioteket.no/Legemidler/54591.cms>

Bivirkninger

Bivirkninger hos gamle er ofte vage, slik som tretthet, forvirringstilstander, falltendens, forstoppelse og depresjon. Bivirkninger forekommer hyppig og kan knyttes til minst ti prosent av sykehusinnleggelser av eldre pasienter, men erkjennes ofte ikke som sådan. Det er grunn til å tro at legemiddelrelaterte innleggelser av de eldste pasientene i stor grad kunne ha vært forebygget (11).

Interaksjoner

En rekke legemiddelkombinasjoner kan medføre klinisk relevante eller potensielt farlige interaksjoner. Forekomst av uheldige legemiddelinteraksjoner kan sjekkes på www.interaksjoner.no (12).

Praktisk medisiner

Praktisk gjennomføring av medisiner av sykehjempasienter er vanligvis delegert til sykepleier og kan by på utfordringer når pasienter ikke er i stand til, eller nekter å ta, medisiner som forskrevet. Praksis med å blande eller skjule knuste tabletter i mat og drikke reiser etiske spørsmål (2). I noen tilfeller endres også legemiddeleffekten når depottabletter knuses eller kapsler åpnes.

Legemiddelgjennomgang bør gjennomføres minst to ganger årlig hos pasienter med stabil helsetilstand, og i tillegg ved forandringer i pasienters helsetilstand og alltid etter sykehusopphold. Forskning viser at strukturerte legemiddelgjennomganger er kvalitetshevende (13). Imidlertid er kunnskapsgrunnlaget om den kliniske betydningen fortsatt begrenset (14).

■ sabine.ruths@isf.uib.no

REFERANSER

1. Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Straand J (2003) Nursing-home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen district nursing home (BEDNURS) study. *Eur J Clin Pharmacol*; 59: 4639.
2. Kirkevold O, Engedal K (2009) Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. *Drugs Aging*. 26: 333-44.
3. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 22: 843-9.
4. Lau DT, Kasper JD, Potter DE, Lyles A, Bennett RG (2005) Hospitalisation and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med*; 165:6874.
5. Ruths S, Straand J, Nygaard HA (2003) Multidisciplinary medication review in nursing home residents: What are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care*. 12: 17680.
6. Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK (2010) Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care*; 28: 828.
7. Ruths S, Viktil KK, Blix HS (2007) Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskr Nor Legeforen*; 127: 30736.
8. Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al (2008) STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*; 46: 7283.
9. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C et al (2007) START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) – an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing*; 36: 6328.
10. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J (2009) The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*; 27: 1539.
11. Beijer HJM, de Blaey CJ (2002) Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci*; 24: 46-54.
12. Drug Information Database (DRUID). <http://www.interaksjoner.no/>
13. Forsetlund L, Eike MC, Gjerberg E, Vist G (2010) Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk. (Rapport fra Kunnskaps-senteret nr 14.)
14. Jano E, Aparasu RR (2007) Healthcare outcomes with Beers' criteria: a systematic review. *Ann Pharmacother*; 41: 438-48.

Leon Jarners Minnefond, opprettet i 1989, er en uavhengig stiftelse som arbeider for å fremme forskning om Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer. Minnefondet deler ut en forskningspris på kr 50 000 til et forsknings- eller utviklingsprosjekt om demenssykdommer, personer med demens eller pårørende, som er utført eller under utførelse i Norge.

Leon Jarners forskningspris deles ut under Demensdagene.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Merk av i kalenderen!

Demensdagene 2011

29.–30. november

Demensdagene er det største årlige arrangementet i landet der demens er hovedsaken. Konferansen er tverrfaglig og åpen for alle faggrupper med ansvar for behandling av eller omsorg for personer med demens. Målgruppe er også planleggere, pleie- og omsorgssjefer og ansvarlige for utdanning og kompetanseheving.

Praktiske opplysninger om pris, sted og påmelding kommer i september på www.aldringoghelse.no



■ Kjell H. Halvorsen, cand.pharm, stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen



Økt bruk av farmasøytisk kompetanse

– nøkkelen til riktigere legemiddelbruk i sykehjem?



«Et utvidet tverrfaglig samarbeid mellom lege, sykepleier og farmasøyt er vist å kunne identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer.»

Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble lansert 27. januar i år (1). Et av fire innsatsområder er riktig legemiddelbruk i sykehjem. Tiltaket må sees på som en oppfølging av stortingsmelding nr. 18 «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» (2), samtidig som det de siste fem årene har vært et sterkt fokus fra Statens helsetilsyn, så vel som fra media, vedrørende kvalitet på legemiddelhåndteringen i norske sykehjem. En annen årsak til kampanjen er Meldesentralens statistikk for årene 2001–2007 som viser at 27 prosent av meldingene var legemiddelrelaterte hendelser. Samtidig viser tallmaterialet at feilmedisinering skjer særlig hos eldre og multisyke (1). Bildet forverres ytterligere ved at dagens helsevesen ofte behandler bare én sykdom av gangen, noe som kan øke risikoen for uheldig samtidig legemiddelbruk og bivirkninger. Det blir derfor hevdet at multisyke eldre pasienter ikke får et riktig og tilpasset helsetjenestetilbud (3).

Helse og medisinbruk hos sykehjemspasienter

Det har vært gjort forskning som dokumenterer eldres helsetilstand og problemer knyttet til medikamentbruk i sykehjem. For å ta det første først: Sykehjemspasientens helse er blitt dårligere, da man har utvidet muligheten (hjemmesykepleietilbud) til å bo hjemme så lenge man selv ønsker. I tillegg reduseres liggetiden ved sykehusene (4). Samtidig er andelen pasienter med demens i norske

sykehjem økende og er i dag ca 80 prosent (5). Mest sannsynlig vil tallet forsette å øke da man innen år 2030 forventer 120 000 personer med demens på landsbasis – omlag 50 000 flere personer sammenliknet med dagens tall. Videre er det estimert at en tredjedel av alle over 85 år vil erverve en eller annen demensrelatert lidelse (6). Nedsatt kommunikasjonsevne medfører store utfordringer i hverdagsomsorgen for denne pasientgruppen, samt vanskeliggjør både undersøkelser og diagnostisering. I tillegg kan tilstanden skape problemer for legemiddelvalg, administrasjonsform og vurdering av legemidlenes effekt og bivirkninger.

Økning i antall medikamenter

En studie utført av Nygaard og medarbeidere på midten av 1990-tallet viste at sykehjemspasienter brukte fire faste legemidler (median) i tillegg til eventuell medikasjon (7). Vi har ingen nasjonale tall for 2010, men mindre studier gir grunnlag for å tro at det reelle tallet ligger et sted mellom syv og åtte faste legemidler i gjennomsnitt per pasient. Til sammenlikning mottar svenske sykehjemspasienter i overkant av ni faste legemidler, samt nesten tre legemidler som eventuell forskrivning (8). Økningen av legemiddelbruk som vi har vært vitne til i løpet av de siste 15 år setter høye krav til farmakologisk kompetanse hos dem som skal behandle, men ikke minst hos dem som skal yte daglig omsorg for pasientene.

Økning i legemiddelrelaterte problemer

I et landsomfattende prosjekt i regi av Legeforeningen ble medikamentbruken redusert med 55,5 prosent ved Kroken sykehjem i Tromsø. Rapporterte tilleggseffekter av intervensjonen var mer våkne beboere og økonomiske innsparinger! Resultatet ble oppnådd ved at det ble foretatt en nøye gjennomgang av journaler og epikriser for å finne ut hvorfor pasientene hadde fått tildelt medisiner i utgangspunktet. I en artikkel om resultatene heter det: «Det slo oss at det var mange svake argumenter for å igangsette forskrivning» (9).

En studie av Ruths og medarbeidere fra 2003 rapporterte at 75 prosent av sykehjemspasientene hadde ett

eller flere legemiddelrelaterte problemer (10). Vi vet fra sykehus at antall slike problemer øker lineært med antallet legemidler en pasient mottar (11). Ingen tilsvarende studier er gjennomført i sykehjem, men ting tyder på at forholdene kan være sammenlignbare.

Forskning gjennomført i sykehjem viser at legemiddelrelaterte problemer er knyttet både til over- og underbehandling, bivirkninger, unødvendig legemiddelbruk, feil legemiddelvalg og interaksjoner. Farmasøyters deltakelse i tverrfaglige team ved sykehjem har bidratt til å identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer. Tre norske studier publisert i tidsrommet 2009-11 viser at antall legemiddelrelaterte problemer hos sykehjemspasienter ligger et sted mellom 3,0 og 5,5 (12-14). Det legges til at dette er tall som fremkommer ved tverrfaglige gjennomganger hvor sykepleier, lege og farmasøyt deltar, uten at pasienten selv (eller pårørende) blir intervjuet om sitt forhold til medisiner. Med den høye andelen pasienter med demens ville nok dette vært praktisk vanskelig å gjennomføre, men det kunne bidratt til å fremskaffe mer presise tall.

Farmasøytisk tilsyn i sykehjem

Tidligere gjennomførte farmasøyter jevnlig kvartalsvise besøk for å sjekke status for legemiddelhåndtering og legemiddellagre ved sykehjem, normalt som et ledd i kommunens eget interne kontrollsystem. Før ny legemiddelhåndteringsforskrift kom i 2008 var det lovbestemt at alle landets sykehjem måtte ha avtale om et slikt farmasøytisk tilsyn. I ny forskrift ble imidlertid både kravet om at dette skulle gjennomføres av farmasøyt, samt hvor ofte tilsyn skulle gjennomføres, bortdefinert (15). I dag er det virksomhetsleder som skal sørge for en forsvarlig fordeling av arbeidsoppgaver knyttet til legemiddelhåndtering, samt tilknytte seg medisinsk faglig kompetanse (lege eller farmasøyt), slik at kvalitet og kompetanse ivaretas. Hvorvidt dette har ført til en forverring eller forbedring av kvalitet innenfor området legemiddelhåndtering er det fremdeles for tidlig å konkludere med, men det bør belyses gjennom videre forskning.

For å sikre legemiddelhåndteringen fra rekvirering til administrering av legemiddel til pasient, har mange kommuner benyttet farmasøytenes kunnskaper til å utvikle skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette har vært gjort både på sentralt overordnet nivå og lokalt ved det enkelte sykehjem (og i hjemmetjenesten). I tillegg har ofte farmasøyter deltatt i undervisning av helsepersonell som ikke gjennom sin utdanning har kompetanse til å foreta medisinnutlevering, men som har gjennomført medisinkurs. Andre oppgaver har dreid seg om utarbeiding av legemiddelstatistikk til den enkelte institusjon. Denne oppgaven er etter hvert, og til dels, blitt mer overtatt av grossistene som leverer legemidlene.

Selv om forholdene har ligget til rette for det, har ikke farmasøyter tradisjonelt vært involvert i pasientnære tverrfaglige team innenfor norske sykehjem. Det er først i løpet av de senere år at farmasøyter har begynt å gjennomføre legemiddelgjennomganger på pasientnivå i sykehjem. Til sammenlikning har flere land som England, Skottland, Australia og USA involvert farmasøyter i slike team i mange år, med positive erfaringer.

Metode for legemiddelgjennomganger

I en studie utført av undertegnede og medarbeidere, publisert i Scandinavian Journal of Primary Health Care, hadde 99 prosent av pasientene ett eller flere legemiddelrelaterte problemer (13).

Studien belyser en metode for hvordan farmasøyter kan bidra i tverrfaglige team for å identifisere og løse slike problemer. Totalt 142 pasienter fra tre ulike sykehjem ble rekruttert til studien. Farmasøyter identifiserte potensielle legemiddelrelaterte problemer hos pasientene ved å gjennomføre systematiske legemiddelgjennomganger. Systematikken ble utviklet i en pilotstudie og innebar blant annet å sammenholde legemiddelbruk mot gitte diagnoser og kontrollere dosering mot anbefalinger i Felleskatalogen og/eller Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell, samtidig som det ble tatt høyde for allerede journalførte laboratoriesvar, samt pasientens vekt og blodtrykk. Alle pasienter ble også screenet for potensielle legemiddelinteraksjoner ved bruk av nettstedet www.interaksjoner.no, også kjent som DRUID.

For å klassifisere identifiserte problemer benyttet vi et klassifikasjonsverktøy utviklet for norske forhold (16). På previsitt ved sykehjemmene ble avdekkede legemiddelrelaterte problemer presentert og diskutert tverrfaglig med lege og sykepleier, for å verifisere om de var reelle eller ikke. For reelle problemer ble det diskutert mulige tiltak til løsning. Til slutt ble en oppfølging gjennomført etter tre uker for å kontrollere hvilke tiltak som var iverksatt. For utfyllende resultater fra selve studien henvises det til originalartikkelen (13).

Metode for å diskutere funn

I studien (13) valgte vi å presentere resultatene fra legemiddelgjennomgangene ved å møte opp på previsitt, slik at man hadde mulighet for å

diskutere avdekkede problemer direkte med sykepleier og lege.

Andre, indirekte tilnærminger har vært forsøkt i andre studier, som å overlevere funnene som notat eller rapport. Det har imidlertid vist seg at valg av kommunikasjonsform har betydning for hvorvidt et problem følges opp eller ikke. Kort sagt, dersom

man velger en løsning hvor farmasøyter gjennomfører legemiddelgjennomganger, har man størst mulighet til å lykkes dersom man inviterer farmasøytene inn i det tverrfaglige helseteam når sykehjemspasientens legemiddelbruk skal diskuteres og vurderes.

«Tidligere gjennomførte farmasøyter kvartalsvise besøk.»

«I en studie hadde 99 prosent av pasientene ett eller flere legemiddelrelaterte problemer.»

Der finnes også andre metoder for å vurdere og optimalisere legemiddelbruk. I pasientsikkerhetskampanjen er et av måleverktøyene å identifisere uheldig legemiddelbruk etter STOPP-kriteriene (17). Disse kriteriene ble i fjor høst oversatt til norsk (18) og er tilgjengelige fra Norsk geriatrikisk forenings hjemmeside (19). Fordelen med å gjennomføre legemiddelgjennomgang ved bruk av fastsatte kriterier er at man raskt kan screene mange pasienter. Ulempen er at presisjonsnivået for slike kriterielister ofte er lavere enn ønskelig, samt at man ikke tar høyde for kliniske vurderinger foretatt for den enkelte pasient. Selv om verktøyet anses som en lettversjon av hvordan legemiddelgjennomgang bør gjøres, ses det likevel på som nyttig innad i fagmiljøet.

Farmasøyten inn i det tverrfaglige teamet

Finnes det en enkel løsning på alle legemiddelrelaterte problemer? Farmasøyter er programforpliktet til å si ja – ansett farmasøyter – la oss gjennomføre legemiddelgjennomgangene, og mange problemer vil bli avdekket. Men å avdekke problemer er ikke det samme som å løse dem. Samtidig vil det være utfordringer ved å inkorporere farmasøyten i det tverrfaglige teamet. Spesielt siden dette vil medføre en ny helserolle som minst to andre yrkesgrupper må forholde seg til. Vi vet fra tidligere at dersom man skal lykkes med en slik omstrukturering, må de nye rollene nøye defineres. Dette for å ivareta alle involverte yrkesgruppers integritet.

Et annet målepunkt i pasientsikkerhetskampanjen er antall gjennomførte legemiddelgjennomganger. Farma-

søyter innehar en bred og generell legemiddelkompetanse som gjør dem godt egnet til å dekke dette målepunktet. Dog, skal man heve kvaliteten på legemiddelbehandlingen som gis til sykehjemspasienter, må man sette inn ressurser, for kvalitet kommer som kjent ikke gratis. Derfor må denne satsingen ikke innebærer å fjerne ansatt personell fra deres allerede krevende daglige oppgaver for å utføre disse nye pålagte oppgavene. Virksomheten bør heller knytte til seg bred og rett kompetanse innenfor legemiddelfeltet. Farmasøyter kan være en viktig bidragsyter innenfor feltet, da de innehar samfunnets bredeste legemiddelkompetanse.

Samtidig vil det være viktig å fokusere mer på sykehjemsmedisin i utdanningen av leger, noe som er i ferd med å bli implementert ved universitetene, og at legetjenesten i norske sykehjem styrkes. Fokus på videre- og etterutdanning hos sykehjemsansatte sykepleiere er også ønsket velkommen. Å sikre en geriatrikisk farmakologisk kompetanse hos denne yrkesgruppen vil kunne bidra til at legemidlenes effekt og bivirkninger blir tilstrekkelig observert og vurdert.

Da tiden for lengst er inne for å heve kvalitet på legemiddelbehandling, og for å være rustet til framtidens behov med tanke på antall nye eldre, må det nå fokusere på riktig legemiddelbruk i sykehjem. Et utvidet tverrfaglig samarbeid mellom lege, sykepleier og farmasøyt er vist å kunne identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer. Derfor må svaret på artikkelens overskrift bli: ja.

■ kjell.halvorsen@isf.uib.no

REFERANSER

1. Regjeringen. I trygge hender. Oslo 2011 [cited 2011]; Available from: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Riktig+legemiddelbruk+i+sykehjem.15.cms>.
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, p. 130.
3. Folkehelseinstituttet. (2010) Mange flere friske eldre. Oslo; [http://www.fhi.no/\(Publisert 07.05.2010, oppdatert 07.05.2010, 10.:46\)](http://www.fhi.no/(Publisert 07.05.2010, oppdatert 07.05.2010, 10.:46)).
4. Ånstad U, Schmidt G, Ranhoff AH (2007) Sykehjemsmedisin: håndbok i praktisk sykehjemsarbeid. Oslo: Universitetsforlaget.
5. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, Sep;22(9):843-9.
6. NRK, Bergen (2011) - Ikke forberedt på demensbølge. Available from: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.7449600>.
7. Nygaard HA (2001) Varighet av legemiddelbruk i sykehjem [Duration of drug treatment in nursing homes]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, May 10;121(12):1469-71.
8. Bergman Å, Olsson J, Carlsten A, Waern M, Fastbom J (2007) Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* ;25(1):9-14.
9. Alexandersen RS (2010) En stille revolusjon. *Fagbladet*, 33-6.
10. Ruths S, Straand J, Nygaard HA (2003) Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Quality & Safety in Health Care*. Jun;12(3):176-80.
11. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A (2007) Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Feb;63(2):187-95.
12. Kersten H, Ruths S, Wyller TB (2009) Farmakoterapi i sykehjem [Pharmacotherapy in nursing homes]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Sep 10;129(17):1732-5.
13. Halvorsen KH, Ruths S, Granås AG, Viktil KK (2010) Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care*. 2010Jun;28(2):82-8.
14. Davidsson M, Vibe OE, Ruths S, Salvesen BH (2011) A multidisciplinary approach to improve drug therapy in nursing homes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4:9-13.
15. Helsedirektoratet (2008) Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Oslo.
16. Ruths S, Viktil KK, Blix HS (2007) Klassifisering av legemiddelrelaterte problem [Classification of drug-related problems]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Nov 29;127(23):3073-6.
17. Gallagher P, O'Mahony D (2008) STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*. Nov;37(6):673-9.
18. Bakken MS, Granås AG, Ruths S, Ranhoff AH (2010) «STOPP» på norsk. Available from: http://www.legeforeningen.no/asset/48163/1/48163_1.doc.
19. Legeforeningen. Available from: <http://www.legeforeningen.no/id/17814>.

Bredde i Drammen

Landskonferansen i alderspsykiatri ble arrangert i Drammen 11.-13. april med omkring 250 påmeldte. Programmet strakte seg fra mestring i alderspsykiatrien via miljøterapeutisk tilnærming, personlighetspsykiatri, fysisk aktivitet og alkohol-avhengighet til mental svikt etter hjerneslag, depresjon ved demens og mye annet. Hele 16 postere kjempet om de to posterprisene.

Tekst og foto: Ragnhild M Eidem Krüger

Bevegelse – grunnleggende for kropp og sinn



Professor
Astrid Bergland

Å være i bevegelse er helt sentralt for å ha et godt liv, fremholdt Astrid Bergland på Landskonferansen i alderspsykiatri. Professoren ved fysioterapiutdanningen ved Høgskolen i Oslo har i mange år arbeidet med å påvise betydningen av fysisk aktivitet for eldre mennesker.

– Eldre er de som trenger mest fysisk aktivitet. De som har lite muskelstyrke og kondisjon har minst råd til å miste det de har, sa hun.

Påvirkning på angst og depresjon

Både kondisjon, bevegelse, muskelstyrke, koordinasjonsevne og reaksjonsevne bedres gjennom trening. Dessuten påvirker det vår psykiske helse. Det fremmer positive tanker og følelser, øker troen på at man kan takle egne problemer, gir økt selvtillit og bedre evne til selvkontroll. I sitt innlegg trakk Astrid Bergland blant annet frem påvirkningen på angst og depresjon. Et forsøk der 424 pasienter med depresjon ble fulgt i en tiårsperiode, viste blant annet at økt fysisk aktivitet var forbundet med mindre deprimert.

– Jeg tror ikke man kan forhindre alle typer depresjon, særlig ikke de endogene depressive tilstandene¹, men jeg mener at man kan lette belastningen ved en depresjon hvis man klarer å være fysisk aktiv.

Fysisk aktivitet minsker angst gjennom redusert aktivisering av aksens hypotalamus-hypofyse-binyrebark. Bergland trakk frem forsøk gjort av Michael Bahrke og William Morgan som har vist at angstnivået sank etter 30 minutter sykling på ergometersykling. Dette har ledet til

¹ Endogen depresjon: Depresjon uten entydig sammenheng med ytre påkjenninger (red.).



Landskonferansen

den såkalte distraksjonshypotesen: Ved fysisk aktivitet ledes tankene bort fra angst og bekymring. Men angsten kan også øke ved økt aktivitet, påpeker Bergland.

– Noen av tegnene som oppstår ved angst fremkalles også ved fysisk aktivitet. Det gjelder økt puls og hjertefrekvens, svetting og andpustenhet. Derfor må personer med angst bli tydelig informert om dette, slik at de ikke får en negativ opplevelse av å trene.

Sykehjemskulturen må endres!

Det finnes sykehjem der pasientene sjelden eller aldri kommer ut i frisk luft og der andre tilbud om fysisk aktivitet er sparsommelige. Berglands mening er tydelig:

– En slik hverdag er lite verdig. Bevegelse er et grunnleggende behov på lik linje med mat og drikke. Er det noen gruppe som trenger fysisk aktivitet, er det eldre mennesker. Vi vet at bevegelse og aktivitet har stor betydning for tankevirksomhet, oppmerksomhet, selvbilde og opplevelse av autonomi.

Hva må først og fremst endres på sykehjemmene?

– Yrkesgrupper som er opptatt av fysisk aktivitet må i større grad inn på sykehjemmene, og kulturen må endres. Vi vet at eldre på sykehjem har fysisk, psykisk og sosial effekt av trening. Treningsprinsippene er de samme for eldre og yngre, og vi vet at det aldri er for sent å begynne å trene.

Astrid Bergland viste til Aktiviteteshåndboken som er utgitt av Helsedirektoratet. Boken er skrevet av norske og svenske fageksperter og oppsummerer effekten av fysisk aktivitet i forebygging og behandling av en rekke sykdommer og tilstander. Aktivitetshåndboken kan bestilles fra Helsedirektoratet på e-post: trykksak@helsedirektoratet.no eller telefon 24 16 34 92. Boken er på 650 sider og koster kr 200 pluss porto. Boken kan også lastes ned fra www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet



i alderspsykiatri

Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Prosjekt: Å leve godt i eget hjem

På landskonferansen hadde spesialrådgiver Live Aasgaard og Fou-leder Bjørg Landmark fra Drammen geriatriske kompetansesenter en spennende presentasjon av prosjektet «Å leve godt i eget hjem med demens».

Prosjektet består av tre deler. Bakgrunnen er erkjennelsen av at dagens organisering av hjemmetjenesten ikke er ideell for personer med demens og deres pårørende.

– *Selv om spesialisthelsetjenesten har en sentral rolle i utredning og diagnostisering, er det kommunehelsetjenestens ansvar å sørge for langsiktige ordninger som både pasienter og pårørende kan leve godt med,* sier Aasgaard og Landmark.

Delprosjekt 1

Utvikle og evaluere effekten av en ny modell for organisering av hjemmetjenesten til personer med demens

Resultater fra fokusgruppeintervju med pårørende viser at pårørende opplever tjenestetilbudet som fragmentert og oppgaveorientert. Deres opplevelser er delt i tre kategorier:

- Livslidelse: «Å sitte i det – jeg kan ikke bare stikke av.»
- Sykdomslidelse i forbindelse med den sykes behov for hjelp og støtte: «Det går på verdigheten løs.»
- Pleielidelse i forbindelse med deres forventninger til og ønsker om hva hjemmetjenesten kan bidra med: «Maktesløshet overfor det relasjonsløse systemet.»

Resultatene fra intervjuene vil brukes i planleggingen av fremtidige hjemmetjenester til personer med demens. For å skape kontinuitet i tjenesten skal en liten fast gruppe medarbeidere gi tjenester til et begrenset antall hjemmeboende med kognitiv svikt/demens. Hensikten er å utvikle, formidle og anvende den ervervede kunnskapen til å skape en ny modell for hjemmetjenesten som kan

bidra til at personer med demens kan leve godt i eget hjem.

Modellen prøves ut i to avdelinger, oppstart var januar 2011. Etter ett år vil en sammenligne resultatene med resultatene for dem som mottar tjenester etter ordinær modell. Dersom resultatene er positive er planen å bruke modellen i resten av den kommunale hjemmetjenesten.

Delprosjekt 2

Utvikle og evaluere aktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Villa Fredrikke i Drammen er etablert som et aktivitets- hus. Målgruppen er yngre hjemmeboende personer med demens og deres pårørende, slik at de blir møtt på et tidlig tidspunkt i sykdomsutviklingen.

– *Veiledning og støtte er viktig for at personen med demens skal kunne opprettholde ferdigheter og ha et aktivt, sosialt liv i fellesskap med andre. Samme mål er viktig også for de pårørende,* sier Aasgaard og Landmark.

Det unike ved aktivitetshuset er at tilbudene i stor grad er basert på frivillig innsats. Dette gir et større register å spille på og dermed gode muligheter til å møte den enkelte persons behov. Samarbeidspartner er Drammen Sanitetsforening. Det er blant annet knyttet kontakt til Frivillighetssentralen, Røde Kors Besøktstjeneste, Kulturskolen, Drammensbiblioteket og Drammen viseklubb. Det er også tilbud om pårørendeskole, avlastning og individuelle samtaler samt samtalegrupper.

Aktivitetstilbudet ble startet i 2010 og evalueres i 2013.

Delprosjekt 3

Utvikle, gjennomføre og evaluere program for kompetanseheving

Kompetansehevende tiltak er en viktig forutsetning for å lykkes med delprosjekt 1 og 2. Det er allerede gjennomført flere, blant andre: videreutdanning i demens og alderspsykiatri (7.5 og 30 studiepoeng), halvårsg videreutdanning i kommunehelsetjenesten med fokus på blant annet demens og studieringer i Demensomsorgens ABC for sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere og frivillige.

Hele prosjektet «Å leve godt i eget hjem med demens» er lagt under Utviklingssenter for hjemmetjenester – Buskerud, Drammen kommune.



Fou-leder Bjørg Landmark (t.v.) og spesialrådgiver Live Aasgaard



Postervinnere

Seksten postere deltok i konkurransen om fagjuryens pris og publikumsprisen. Fagjuryens pris ble vunnet av fagkonsulent Ronny Nielsen, Bernhard Lorentzen, Ingun Ulstein og Kari Midtbø Kristiansen.

Posterens tittel var «Characteristics of elderly Patients with Psychosis in an urban Hospital, a Pilot-Study».

Publikumsprisen gikk til Randi Strand, Liv-Marit Hjemli og Inger Marie Raabel for posteren «Å hjelpe seg selv – sammen med andre». Et prosjekt for forebygging av depresjon hos eldre i Hamar.

Begge prisene er på kr. 2.500.

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!

Tekst og foto: Ragnhild M Eidem Krüger

Ikke alkohol på sykehjemmet!

For den vinglade var det ingen støtte å finne i overlege dr. med. Jon Johnsens to timer lange innlegg under Landskonferansen i alderspsykiatri. Omkring 40-50 prosent av personer over 65 år bruker alkohol regelmessig. Denne aldersgruppen bruker også mange medikamenter, og det gir stor risiko for interaksjoner mellom legemidler og alkohol.

– Først og fremst er de som bor på sykehjem i dag så syke, både psykisk og somatisk, og bruker så mange medikamenter, at alkohol ikke hører hjemme der i det hele tatt. Mange forbinder alkohol med livskvalitet, men det inntrykket har man fått fra studier på velfungerende 40-åring. Alkohol virker helt annerledes hos eldre, og jeg mener det er altfor lite refleksjon omkring om det er fornuftig å servere alkohol på sykehjem.

Mange oppfatter det å tilby et glass vin eller en drink på sykehjemmet, som god omsorg. Da får folk fortsette sitt liv så normalt som mulig, og blir ikke umyndiggjort av et autoritært regelverk. Johnsen tenker annerledes.

– Det er ikke god omsorg. Hvis du i en gruppe på 10-12 pasienter har to med alvorlige alkoholproblemer, vil de oppleve et sug ved å ha drikkevarer rundt seg. Pårørende blir ofte svært fortvilet over dette. Noen ringer meg og ber meg om å ta kontakt med lederen på det aktuelle sykehjemmet og be om at det ikke serveres alkohol. «Pappa drikker altfor mye der, og vi trodde vi endelig skulle være kvitt den sykdommen.» Alkoholavhengige tåler simpelthen ikke stadig eksponering for alkohol.

Johnsens innlegg var sylskarpt og ganske bombastisk. Mener han at personer som bor på sykehjem ikke skal kunne bruke alkohol i det hele tatt?



Overlege dr. med. Jon Johnsen

– Det må vurderes individuelt, og det krever god medisinsk kunnskap. Men alle med demens har bare negative virkninger av alkohol. Hvis pasientene i tillegg bruker flere medikamenter er det ingen indikasjon for å servere alkohol. Den fører til kognitiv svikt og svekket motorisk kontroll, man kan få økte inkontinensproblemer og søvnapné og flere andre komplikasjoner. Jeg kan ikke forstå hvordan man kan få livskvalitet og god helse ut av alkoholservering på sykehjem.

Hvordan blir du møtt når du kommer med dette budskapet?

– Det er ikke populært. Jeg får høre at jeg er puritaner og ikke har blick for livskvalitet.

Legenes rolle

Jon Johnsen er psykiater og spesialist på rusproblematikk. Han har arbeidet i rusomsorgen i en årrekke og er nå overlege ved Alderspsykiatrisk poliklinikk ved Blakstad sykehus, Vestre Viken HF. I sitt foredrag viste han at 6,5 prosent av personer på 65 år eller eldre i USA og Vest-Europa har hatt storbruksepisoder en eller flere

ganger siste måned. Storbruk betyr fem eller flere alkoholenheter ved samme anledning. Trettifem prosent av alle over 65 år har brukt alkohol siste måneden, ifølge forskning. Alkoholbruk bør derfor drøftes ved konsultasjoner hos fastlegen eller for den saks skyld ved innkomst til alderspsykiatrisk avdeling, ifølge Johnsen.

– Først og fremst tenker jeg at alkohol må nevnes. Mange eldre har gjerne flere somatiske og psykiatriske sykdommer, og hvis de bruker for mye alkohol kan disse sykdommene forverres. Nitti prosent av pasientene i alderspsykiatriske avdelinger i den vestlige verden bruker medikamenter, gjerne for både somatiske og psykiatriske sykdommer. Alkohol kan føre til alvorlige interaksjoner med mange av disse medikamentene. Så har vi de eldre som har skadelig bruk av alkohol, eventuelt avhengighet, og som får selvstendige rusdiagnoser. Hvis man tar med alkoholmisbruk og avhengighet, vil ca. 10 prosent av befolkningen over 60 år tilfredsstillende disse diagnosene. Mellom to og fire prosent er alkoholavhengige. Mellom 60 og 80 år er altså alkohol fortsatt en viktig faktor for mange.

Hvordan bør behandlere ta opp temaet alkohol med pasientene?

– Jeg tror det krever at behandler og terapeuter i alderspsykiatrien føler seg trygge på dette temaet, og gjennom litt opplæring kan erfarne terapeuter lære å stille spørsmål om alkoholbruk på en reflektert måte. Det krever noen teknikker som ikke er vanskelige å lære for en sykepleier eller lege, men man må ha en bevissthet omkring temaet.

Et glass per dag...

Vi leser stadig at et glass rødvin per dag er godt for hjerte og hjerne og kan forebygge både Alzheimers sykdom og hjertesykdom. Dette mener Jon Johnsen er en myte.

– Man har tenkt at det som er bra for hjertet er bra for hjernen, men slik er det ikke. Alkohol i svært moderate mengder til en person som lever i en god sosioøkonomisk sammenheng og som drikker kvalitetsviner med høyt innhold av antioksidanter, kan ha en gunstig effekt på utvikling av atherosklerose (åreforkalkning). Dette kan i sin tur bidra til mindre fare for hjerneslag og koronarsykdom¹. Men så snart du drikker over en viss grense – én alkoholenhet for kvinner og to for menn per dag i gjennomsnitt – øker faren for både hjerneslag og hjertesykdom. Risikoen for hjerneblødning øker fra første dråpe alkohol. Bruk av mer enn to enheter alkohol per dag til en eldre person øker faren for hjerneinfarkt med 70 ganger – og derfor må man være meget nøye med doseringen av alkohol. Videre øker et for høyt forbruk av alkohol blodtrykket, noe som kan skade hjertet så vel som hjernen. Nyere forskning viser at alkohol heller ikke virker beskyttende på hjernecellene, og at selv små mengder alkohol kan skade hjernen.

«Risiko for hjerneblødning øker fra første dråpe alkohol.»

4 x 4 x 4 – et farlig regnestykke

En type risikoatferd kan vi finne under lange opphold i varmere strøk. Et par glass vin til lunsj, et par glass til middagen, kanskje en drink før maten. Noen som kjenner seg igjen?

– Hvis man drikker mer enn fire enheter alkohol mer enn fire dager i uken i mer enn fire uker, inntreffer det negative endringer i hjernen og hjerneceller kan gå til grunne. Dette er grensen for voksne, men mange mener at grensen for eldre er 2 x 2 x 2. Aksonene, nervefibrene som leder nerveimpulser ut fra en hjernecelle, kan skades. Dette fører til redusert psykomotorisk tempo og oppmerksomhetssvikt som svekker evnen til å utføre mange aktiviteter i dagliglivet. Har man en begynnende demens, bedres ikke endringene selv om man lar være å drikke når man kommer hjem. For dem uten kognitiv svikt kan man snu den negative virkningen ved å la være å drikke.

Hva er farligst for hjernen – et moderat alkoholbruk eller daglig bruk av sovemedisin eller smertestillende?

– Med mindre man tar kraftige overdoser av smertestillende medikamenter, er de lite skadelige for hjernen. Sovemedisin er også lite skadelig i normale doseringer. En og en halv desiliter vin er 14 gram alkohol – per definisjon en toksisk substans. For de nevnte medikamentene kan du øke dosen hundre ganger før du kommer til et toksisk nivå. Når det gjelder vin skal du bare gange dosen med to for å få et potensielt dødelig nivå for en eldre person. Det er tankevekkende at alle medikamenter til eldre doseres med en tredel til en firedel i forhold til hos yngre, men dette gjelder tydeligvis ikke i forhold til alkohol.

Riktig diagnose er avgjørende

Fremdeles bor det mennesker på sykehjem med merkelappen «dement» uten at det er gjort en utredning som har ført til demensdiagnose. Som mange andre mener Jon Johnsen at man ikke bare må finne ut om en person har en demensutvikling, men også hvilken type demens det er snakk om. Slik kan også alkoholrelaterte skader oppdages.

– Etter å ha gjort en klinisk vurdering og en nevrokognitiv utredning kan man i dag sjekke funnene mot det MR-bildet av hjernen faktisk viser. Da ser vi for det første svært ofte blandingstilstander. Hos en pasient som har hatt et høyt alkoholforbruk og har en dårlig lever, vil vi finne skader i hjernen som tyder på leversvikt og alkoholindusert atrofi², særlig i frontallappen. Samtidig kan vi kanskje se tegn på Alzheimers sykdom. Når vi nå har fått medisiner mot koronare sykdommer og demens og kjenner betydningen av antioksidanter og godt kosthold, har vi mange muligheter for å gi god behandling. Har vi ikke riktig diagnose, kan vi ikke gi riktig behandling. I de MR-undersøkelsene jeg har fått gjort, har jeg funnet flere hjernesvulster, hjerneinfarkter og sykdommer ingen har tenkt på.

¹) Koronarsykdom: Sykdom i hjertes kransårer (red.)

²) Atrofi: Her: Økte hulrom i hjernen på grunn av svinn av hjerneceller (red.)

Hva trengs for å få gjennomført bedre diagnostikk av personer med mistenkt demens av en eller annen sort – en kulturendring eller økte ressurser?

– Først og fremst trenger vi en mer systematisert utredning av denne pasientgruppen. Vi trenger flere psykiatere og leger i de alderspsykiatriske poliklinikkene og et bedre samspill mellom alderspsykiatriske, nevrologiske og geriatriske poliklinikker. Fastlegene må på banen for å fange opp begynnende kognitiv svikt, og vi må vinkle de alderspsykiatriske poliklinikkene mer mot tidlig intervensjon – det kan gi høy gevinst. Får vi en pasient med alkoholproblemer, begynnende kognitiv svikt som kanskje kan være en Alzheimers sykdom til å spise sunt, droppe alkoholen og begynne å trene, så kan utviklingen av den kognitive svikten bremses med positive konsekvenser både for individ og samfunn. Behandlingsgevinsten kan være meget stor, men da må man vite hva man behandler!

FAKTA

- To alkoholenheter eller mer per dag er ansett å være et overforbruk
- Alkoholproblemer gir syv prosent økning risiko for selvmord, like stor som ved depresjon
- Både legemiddelavhengighet og alkoholproblemer kan forverre en rekke somatiske og psykiatriske sykdommer og forstyrre behandlingen av sykdommene
- Moderat bruk av alkohol beskytter ikke mot demensutvikling. Høyt forbruk øker risikoen for demensutvikling.
- Hos en person med demens vil alkohol kunne forverre den kognitive svikten.

(Punktene er tatt fra J. Johnsens foredrag)

Har du synspunkter på dette?

Skriv til tidsskriftet@aldringoghelse.no

Kurs & konferanser 2011

TEMAKURS FOR LEGER

Legemiddelbruk hos eldre

Kurset er beregnet på fastleger og sykehjemsleger og omhandler rasjonell farmakoterapi for eldre. Det har 15 undervisningstimer fordelt over to dager.

Kurset vil omhandle følgende temaer

- Strategier ved polyfarmasi
- Farmakologisk risikointervensjon (blodtrykk, lipider, antitrombotisk behandling, osteoporosebehandling) – når starte opp, når fortsette, og når seponere?
- Bivirkninger og interaksjoner
- Legemiddelanalyser og farmakogenetikk – når er det til nytte?
- Aldersbetingede endringer i farmakokinetikk og -dynamikk
- Behandling av hjertesvikt, koronarsykdom og diabetes – annerledes hos de gamle?
- Smertebehandling hos gamle
- Legemidler og nyre
- Evidensbasert medisin – brukbar hos de eldste?

27.–28. oktober 2011

Oslo Kongressenter, Folkets hus, Youngs gate 11

Påmeldingsfrist 23. september 2011



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



Kavli senters Geriatripris 2011: Kognitiv svikt og depresjon etter hjerneslag

Kavlis forskningssenter for aldring og demens er tuftet på et samarbeid mellom Kavlifondet, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Universitetet i Bergen og Bergen kommune. I 2010 besluttet forskningssenterets styre at det skulle utlyses en pris på kr. 25.000 til beste forsknings- eller utviklingsprosjekt i geriatri (tverrfaglig) i Norge. Prisen skal deles ut hvert annet år i forbindelse med den nasjonale geriatrikongressen.

Den fjerde norske kongressen i geriatri gikk av stabelen 2-3. mai 2011, og prisutdelingen med påfølgende prisvinnerforedrag var en del av programmet. Leder for prisjuryen, professor Olav Sletvold, St. Olavs hospital Trondheim, overrakte prisen til psykolog, doktorgradsstipendiat Jørgen Wagle, Alderspsykiatrisk avdeling, Vardåsen, for prosjektet «Cognitive impairment and depressive symptoms in stroke rehabilitation patients: Frequency, risk factors and relation to outcome». Juryen skriver blant annet dette i sin begrunnelse:

«Vinnerprosjektet setter fokus på et særdeles viktig, men samtidig neglisjert område innen klinisk medisin, nemlig kognitiv svikt og depresjon hos pasienter med gjennomgått hjerneslag. Det beskriver forekomst, risikofaktorer og betydning for viktige kliniske utfall som funksjon i hverdagslivet, institusjonalisering og død. Prosjektet har definitivt nyhetens interesse og formidler viktig kunnskap som bør få innpass i en moderne slagbehandlingskjede på linje med moderne høyteknologiske tiltak som intra-arteriell trombolyse.»

Bilde: Professor Olav Sletvold, prisvinner Jørgen Wagle og repr. for Kavlistiftelsen Ida Kristine Sangnes.

Foto: Anette Høyen Ranhoff

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten (vancouvermodellen).
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- En artikkel i Demens&Alderspsykiatri overskrider sjelden ca. 15 000 tegn eksklusive mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte manuskripter i samråd med forfatterne. Innlegg til Demens&Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer.

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

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



Demens&Alderspsykiatri

Kommer:

- Frivillige hender i demensomsorgen
- God samhandling eller dårlig behandling av eldre?
- Tidlige tegn på aldring hos mennesker med utviklingshemning
- Syns- og hørselsproblemer hos personer med demens

D&A går i dybden – og i bredden

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