



s 35



Gode boliger
en viktig stimulans

s 32



Om demens
fra et ungt ståsted

s 26



Lukt lindrer
søvnvansker



Demens&Alderspsykiatri

vol. 15 • nr. 3 • 2011

om alderspsykiatri:

9 «Jeg har fått demensdiagnose – hva nå?»

13 Alderspsykiatrisk tilbud i Lier kommune

- 4 Nyheter
- 5 Riktigere diagnose med demensteam
- 6 Ragnhild M. Eidem Krüger
– en sterk stemme for norsk eldreomsorg
- 9 «Jeg har fått demensdiagnose – hva nå?»
Nicolay Caspar Meyer, Karin Galgerud, Berit Lindholm Båtstrand
- 13 Alderspsykiatrisk tilbud i Lier kommune
Anne Julie Storheil
- 16 Disputas – Jørgen Wagle
- 17 Disputas – Mala Naik
- 18 Syns- og hørselsproblemer hos personer med demens
Lise Øverland
- 21 Tillitsfullt tilskudd
- 22 Tidlige tegn på aldring hos personer med utviklingshemning
Frode Kibsgaard Larsen
- 26 Uro og forstyrret søvnmonster: Erfaringer med aromaterapi
Berit Johannessen
- 29 Pårørendearbeid ved tidlig demensdebut – en utfordring for små kommuner
Gjertrud Eggen, Kari Rudningen Fossli
- 32 Ny norsk novellefilm: Demens sett med unge øyne
- 35 Hjemme bra – borte best? Om fysisk miljø for personer med demens
Torhild Holthe
- 37 Frivillige hender i demensomsorgen
- 38 Lager museumstilbud for demensrammede
- 40 Rock & Rullator på festival i Lørenskog

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 23. august 2011.



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

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

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

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

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

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

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: Bente Wallander



Spennende høst

vol. 15 • nr. 3 • 2011

Det var med ydmykhet jeg overtok stafettpinnen fra avtroppende redaktør, Ragnhild M. Eidem Krüger. Fagtidsskriftet D&A har høyt kompetente lesere fra en rekke fagområder, og min kunnskapsrike forgjenger har lagt ned en betydelig innsats på feltet. Selv betrakter jeg meg fortsatt som fersk på området helse- og omsorgsjournalistikk. Det er derfor med en viss spenning jeg nå skal signere min første lederartikkel.

Fra radioen i bakgrunnen høres en jevn summing. Valgkampen er i gang og eldreomsorg et tema politikerne gjerne snakker høyt om, og lenge. Det er likevel ikke ofte man hører stemmefiskerne forlange *Bedre demensomsorg* eller *Styrk norsk alderspsykiatri!*

Statsministeren har riktignok tatt til orde for en nyordning som allerede neste år innebærer 5 000 dagtilbudsplasser for personer med demens. Tilbudet skal også lovfestes. At man parallelt med denne satsingen bevilger 15 millioner kroner til styrket pårørendearbeid, innebærer at politikerne har innsett og anerkjent noen av de mange utfordringene personer med demens og deres pårørende står ovenfor.

Fra nyttår trer så samhandlingsreformen i kraft. Et offensivt grep for å håndtere fremtidens helseutfordringer, med en nær ideell intensjon om ansvar lagt til lavest mulig nivå. Mange lokalpolitikere kommer i årets valgkamp inn på den uro de nå føler. Med bakgrunn i tidligere erfaringer frykter de at det ikke skal følge tilstrekkelige midler med oppgaven. Dersom de får rett kan situasjonen for den eldste delen av befolkningen raskt endres i negativ retning. Høstens budsjettforhandlinger blir dermed ekstra spennende, både for de som arbeider i helse- og omsorgstjenesten og de mange nyvalgte kommunepolitikere. D&A lover å følge med.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Lover 5 000 dagtilbudplasser



FLERE PLASSER: Ordfører Erik Kaupang åpner dagtilbudet for hjemmeboende personer med demens i Hol kommune i 2008. (Arkivfoto)

Statsminister Jens Stoltenberg har varslet at det neste år vil komme en ny, øremerket ordning som skal sikre utbygging av dagtilbud for mennesker med demens.

Regjeringen vil i 2012 bevilge penger som skal sikre at 5 000 personer med demens kan få et aktivitetstilbud deler av uken. Dette skal følges opp og bygges videre ut i årene som kommer, frem mot en lovfesting av tilbudet.

– De nye demensplassene vil bidra til at mange tusen eldre kan få en meningsfull hverdag og avlaste ektefeller, barn, svigerbarn og andre pårørende. Dermed tar vi et nytt viktig skritt mot en mer verdig alderdom, sier Stoltenberg.

Fremtidens helsevesen

Det var i sin tale til Arbeiderpartiets landsmøte i vår at Stoltenberg første gang snakket om den nye dagtilbud-ordningen. Her kom han, i følge en pressemelding om saken, også inn på Samhandlingsreformen. Kommunene skal gjennom denne gis en viktigere rolle når det gjelder

å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjenester. Det blir kommunene som må bygge ut de nye dagtilbudplassene.

– Eldre mennesker har ulike behov. Noen trenger noen timer hjemmehjelp, mens andre trenger en sykehjemsplass. Kommunene må sammen med den enkelte vurdere hvilket tilbud som skal gis i hvert enkelt tilfelle. Folk som opplever å ikke få den hjelpen de mener de trenger, skal kunne klage. Med endringene i lovverket vil dette bli enklere, lover Stoltenberg.

Uvisst antall

Det sies ikke eksakt hvor mange nye dagtilbudplasser løftet innebærer. I rapporten Gode tilbud i demensomsorgen (1) sies det at om lag 30 prosent av norske kommuner (130) hadde et slikt tilbud til sine innbyggere i 2007. Antallet brukere anslås samme år til å være 2 351, noe som tilsvarer en dekningsgrad på 6,8 prosent. Antallet hjemmeboende personer med demens stipuleres på dette tidspunktet til å være 34 600. Tallene oppgis å være noe usikre, da ikke alle kommunene besvarte den landsomfattende undersøkelsen.

1. Westerberg T, Gode tilbud i demensomsorgen (2009) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Datatilsynet om bruk av GPS ved demens:

– Positivt ved reelt samtykke

Datatilsynet er i utgangspunktet positivt til bruk av GPS-verktøy i forbindelse med demens.

– Vårt standpunkt er at omsorgsteknologi kan gjøre livet lettere, bedre og tryggere for den som har behov for omsorg, dersom man handler i respekt for den enkeltes integritet. Dersom det foreligger et reelt samtykke er det helt uproblematisk for oss, sier Datatilsynets informasjonsdirektør Ove Skåra til D&A.

– Men dagens lovverk er ikke godt nok dersom slik teknologi skal brukes av det offentlige og på sykehjem overfor personer med demens. Nye regler må i så fall til. Hjemme i familien har man selvfølgelig anledning til å bestemme slikt selv. Det er når det ikke foreligger samtykkekompetanse at bruken av ny teknologi kan bli problematisk. Det kan ikke være sånn at en ansatt ved et sykehjem bare kan knipse på folk et GPS-armbånd. Det

må ligge noen mekanismer i bunnen som ivaretar den enkeltes verdighet og rettigheter, samt sikrer at et tvangstiltak som dette blir gjennomført på en god måte. Det ligger fra før en positiv, villet sperre hos lovgiverne på dette området. Den må endres dersom slik ny teknologi skal kunne tas i bruk, sier Ove Skåra.

– Hvordan man rent praktisk implementerer teknologien vil også ha stor betydning. Det er stor forskjell på om man i ettertid kan se på et kart hvor man har beveget seg, eller om det i sanntid gis et varsel dersom man beveger seg utenfor en sone, understreker Skåra.

Les mer om dette i NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg, som Hagen-utvalget overleverte helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen den 16. juni i år.

■ Tekst: Bente Wallander

VIKTIG:

– En diagnose gir pasienten, pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet for planlegging og iverksetting av nødvendige helsetiltak, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Foto: Torgeir Haugaard



■ Tekst: Bente Wallander

Riktigere diagnose med demensteam

På sykehjem har under halvparten av pasientene som viser tydelige tegn på demens, fått en diagnose. Nå viser erfaringer fra 26 kommuner at egne demensteam sikrer at flere får riktig diagnose.



OM DEMENSTEAM:
Ny rapport og håndbok

– Dermed kan hjelpen de får også tilpasses deres behov, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

26 kommuner har deltatt i et treårig program for utredning og diagnostisering av demens i forbindelse med regjeringens demensplan 2015. Prosjektet har vært ledet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, som i sin rapport (1) dokumenterer at demensteamene og koordinatorene har fanget opp 275 personer med mistanke om demens. Utredningen medførte at over halvparten mottok nye tilbud.

– Måltrettet satsing fører til at flere beboere på sykehjem får diagnosen demens og dermed en videre oppfølging som er tilpasset deres situasjon, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

Tverrfaglige team

Erfaringene fra kommunene viser at demensteam bør være tverrfaglig sammensatt. Teamet bør ha ansvar for demensutredning samt oppfølging av mennesker med demens og deres pårørende. Demensteamene har kunnskap om tiltak, støtte til familie og hvordan man kan takle utfordrende atferd, og gir ofte veiledning og undervisning til annet helse- og omsorgspersonell i kommunen.

Som del av demensplan 2015 har alle norske kommuner i sommer mottatt veileder for utredning og diagnostisering av personer med demens (3) og håndbok i etablering av demensteam (2).

– En forutsetning for å kunne gi riktig behandling og god omsorg til mennesker med demens er at tilstanden er tilstrekkelig utredet. De nye utredningsverktøyene og håndboken vil sette kommunene i stand til å styrke kvaliteten i demensomsorgen, mener Strøm-Erichsen.

1. Gjører L, Gausdal M (2011) Ny kunnskap, bedre omsorg. Utredning og diagnostisering av demens i helsetjenesten. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
2. Gjører L, Gausdal M (2011) Håndbok; Etablering og drift av demensteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2011
3. Engedal K, Brækhus A, Lillesveen B og Breien AT (2011) Veileder. Demensutredning i kommunehelsetjenesten. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

D&A vil i de neste numrene rette oppmerksomheten mot pionerene, de som med glød har kjempet for å heve kvaliteten på tjenester innen norsk alderspsykiatri og demensomsorg.

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Ragnhild M. Eidem Krüger

– en sterk stemme for norsk eldreomsorg

Ragnhild M. Eidem Krügers engasjement for samfunnets eldste ble først kringkastet i radioprogrammet Middagsstunden. Etter å ha formidlet ulike sider ved norsk eldreomsorg i snart 40 år justerer D&As forhenværende redaktør nå ned tempoet.



OPPFYLTE ALLE KRAV:
Ragnhild M. Eidem Krüger.

– Jeg gikk av med pensjon i sommer, ja. Men tiden kommer fortsatt ikke til å strekke til. Slik har det alltid vært, konstaterer Ragnhild M. Eidem Krüger.

Den kunnskapsrike redaktørens karriere startet i 1973, da hun ble ansatt i NRK som programassistent i radioprogrammet Middagsstunden. Så jobbet hun seg inn i programlederrollen, og dermed var det gjort. Ragnhild ble i NRK i 23 år. Hun arbeidet i denne perioden med flere programmer, deriblant Sånn er livet og tv-programmet Brennpunkt, men hjertesakene dreide seg alltid om helse og omsorg. Uredd og full av innsikt konfronterte hun den ene ministeren etter den andre.

– Det opprører meg fortsatt at det er når folk er på sitt svakeste, at de må kjempe som mest. Det var da jeg jobbet i Middagsstunden at jeg først oppdaget hvordan mange eldre slet med å bli sett, hørt og få forståelse for sin situasjon.

Mye er siden endret innen norsk eldreomsorg. Da Ragnhild i sommer ryddet i dokumentene sine fant hun den første norske stortingsmeldingen om eldreomsorg, for perioden 1975-76:

– Der sto det ikke ett ord om demens. I dag finnes det en egen nasjonal demensplan. Det viser litt av det som har skjedd i løpet av disse årene.

Tidlig i sin journalistiske karriere snakket Ragnhild med hjemmehjelpere som fortalte at de hadde opplevd å gå på dørene til folk for å spørre om de trengte hjelp.

– Nå er det blitt stadig vanskeligere å få hjelp. På den tiden kunne kommunene skyve ansvaret over på andre, fordi ansvaret for sykehjemmene lå hos fylkeskommunene. Jeg tror at det å samle ansvaret på ett nivå slik man har gjort nå, er en fordel. Da er muligheten for ansvars-

pulverisering mindre. Men jeg har i flere kartlegginger sett hvor ulike tilbud det er til personer med demens, for eksempel. Vi kan ikke snakke om likhets-Norge innenfor omsorgsfeltet.

Rettighetstenkningen er blitt mye sterkere i samfunnet generelt. Ragnhild har i sin rolle som journalist og redaktør også villet være et talerør for mennesker som ikke selv kan hevde sine behov.

– For å kreve sin rett må man være ganske sterk. De som ikke har sterke pårørende blir rammet. Personer med demens har jo ingen muligheter til å slåss for egne interesser, sier hun.

Fordi Ragnhild de første årene arbeidet med generell eldreomsorg, ble Norsk gerontologisk institutt et naturlig miljø å henvende seg til.

– Der traff jeg blant andre psykolog Aase-Marit Nygård, som gjorde meg oppmerksom på manglende tilbud for personer med demens. Gjennom henne kom jeg i kontakt med kommuner som hadde slike tilbud og fikk kunnskap om hva det betydde. Her i Bergen hadde vi et sykehjem som sto tomt lenge på grunn av pengemangel. Da det åpnet kom jeg i kontakt med Harald Nygaard som var overlege der. Han introduserte meg for sykehjemsdelen av norsk demensomsorg og ga meg en smule innsikt i demenssykdommene. Gjennom disse to Nygårdene fikk jeg et innblikk i et for meg helt nytt felt.

Så kom det et brev til Middagsstundens redaksjon. Et forvilt brev. Skribentens mor hadde fått demens og familien fikk ingen hjelp. Demens var på denne tiden ikke mye omtalt i mediene.

– Jeg laget en hel ukes sendinger over temaet, intervjuet pårørende og ansatte i eldreomsorgen, laget reportasjer på sykehjem, dagsentre og hjemme hos folk, og hadde de fremste fagfolkene i studio, deriblant Aase-Marit Nygård og professor Knut Engedal. Da vi avsluttet med en times innringingsprogram knakk NRKs sentralbord sammen. Dette viste oss hvor stort behovet for informasjon var.

Responsen satte fart i Ragnhild. Sammen med Harald Nygaard og flere andre ildsjeler bidro hun blant annet til oppstart av landets første støtteforening for personer med demens og deres pårørende i Bergen i 1986.

– Siden holdt jeg feltet varmt som journalist i Middagsstunden, til 1992. Så kom noen års fravær før jeg var i gang igjen.

Det var ikke tilfeldig at Ragnhild M. Eidem Krüger begynte som redaktør i tidsskriftet DEMENS i 1997.

– Jeg følte at jeg hadde laget det jeg ville lage for radio og tv, nå ville jeg bruke journalistikken til å gjøre noe skriftlig. Jeg ble først frilanser; kastet alle ballongene opp i luften kan du vel si, uten helt å vite hvor de ville lande.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens var på denne tiden nyopprettet.

– Noe av det første vi ble enige om var at vi ville utgi et tidsskrift med tema demens. Men et tidsskrift må jo ha en redaktør, ja et faglig tidsskrift burde egentlig ha en stab av fagfolk med erfaring fra journalistisk arbeid, sier



GLEDER SEG: Ragnhild M. Eidem Krüger gikk av med pensjon i sommer. Nå er hun veldig spent på hva som ligger rundt neste sving.

Arnfinn Eek, daglig leder ved det som i dag heter Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

– *Vi stilte mange krav til den medarbeideren vi ønsket oss, fortsetter Arnfinn Eek.*

– *Hun burde kunne intervju folkene «på golvet» i pleie- og omsorgstjenesten og få frem hva de var opptatt av i jobben sin og hva de ville gjøre annerledes. Hun måtte kunne lese en forskningsartikkel og stille de gode spørsmålene, spissformulere en lederartikkel uten å trå over grensene, vite hvordan politiske beslutninger virker inn på praksis og ikke minst, stille makthaverne de kritiske spørsmålene. Lista var lang, men vi hadde bare råd til én person! Kjennte vi noen? Ja, det gjorde vi faktisk. Det var en NRK-journalist som hadde intervjuet oss alle i Middagsstunden. Hun kunne mye om norsk eldreomsorg, hadde gått læretida i statskanalen og var vant til å konfrontere politikerne. Vi ble meget glade da Ragnhild sa ja til oppdraget.*



RAGNHILDS HJERTESAK:
Alderspsykiatrien.

Nyansatte Ragnhild var ikke mindre fornøyd.

– *Å få et slikt tilbud var helt fabelaktig! Jeg oppdaget raskt at fagfeltet nærmest hadde eksplodert. Det hadde kommet skjermede enheter for personer med demens og det pågikk mye forskning, både her i landet og internasjonalt. Folk hadde rett og slett fått en helt annen kunnskap om feltet. Et eget utviklingsprogram om demens var satt i gang, med store positive ringvirkninger. Det var kort sagt kjempeinspirerende å gå inn i dette, og det var av uvurderlig betydning at begge Nygårdene og flere andre solide fagfolk ble med i redaksjonen.*

Demens&Alderspsykiatri har i løpet av disse 14 årene forsøkt å løfte frem og synliggjøre det positive som skjer, uten å glemme at mange fortsatt sliter fordi de ikke får den hjelpen de har behov for.

– *Politikerne sier ofte at de er opptatt av å la folk få bo hjemme så lenge de ønsker. Min erfaring er at mange blir boende hjemme lenger enn de ønsker og lenger enn det som godt er. Den som visste hvor mange utslitte pårørende og engstelige hjemmeboende eldre det finnes rundt i landet!*

Temaene som er blitt berørt i bladet er mange. I 2007 ble DEMENS utvidet til også å omfatte alderspsykiatri og ble hetende Demens&Alderspsykiatri.

Alderspsykiatrien er ifølge den nypensjonerte redaktør en bit for seg:

– *Mange eldre mennesker har et stort behov for hjelp for psykiske lidelser, men alderspsykiatriske tjenester er mangelvare sørgelig mange steder i landet. Gamle som sliter med en psykisk sykdom blir oftest pasienter innenfor generell eldreomsorg der det mangler både personell og kunnskap om alderspsykiatri. Det er et tema D&A-redaksjonen har holdt varmt, påpeker hun.*

Både for redaksjonen og for redaktøren var det viktig å få frem det faglige. Hun ser fortsatt mange uløste oppgaver på dette området.

– *De sentrale myndighetene må snart gjøre seg opp en mening om hva de vil med alderspsykiatrien. Det er merkelig at en opptrappingsplan for psykiatrien ikke nevner eldre med et ord, at alderspsykiatrien ikke er nevnt i et eneste statsbudsjett og dessuten utelates i andre offentlige dokumenter og planer helt opp til nå. Jeg kjenner at adrenalinet stiger når jeg tenker på dette.*

Pensjonisten fra Paradis har lagt vekt på å skille jobb og privatliv.

– *Først og fremst har jeg vært privilegert som har hatt et så meningsfylt arbeid i 38 år. Men det er nødvendig å ikke tenke jobb hele tiden for ikke å brenne ut. I en slik jobb møter man mennesker som har det vanskelig, og jeg har lært mange skjebner å kjenne. Ikke minst har møter med personer med demens og deres pårørende gjort et sterkt inntrykk. Noen av dem har vært helt nede i 50-årsalderen og har fått livet snudd på hodet.*

Privatpersonen Ragnhild vil hun helst ikke si så mye om. Men snart 20 års medlemskap i en litteraturklubb er et gjevt tema.

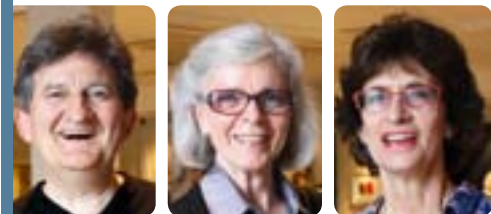
– *Det er et helt annet nettverk som er veldig godt å ha.*

Egen alder har hun heller ikke noe engstelig forhold til.

– *Nei, men i den livsfasen jeg befinner meg er jeg opptatt av å bruke tiden på best mulig måte. Det er ikke nå vi skal utsette ting!*

Hva kommende dager skal inneholde har hun ikke planlagt. Et stort smil farer over ansiktet ved tanken.

– *Nei si det? Jeg er selv veldig spent på hva som ligger bak neste sving. Det har vært noen svinger tidligere i livet og, men jeg har alltid gjort ting jeg har hatt lyst til å gjøre. Tror ikke jeg har kjedet meg én dag. Det skal bli fint å få mer tid sammen med familien. Så har jeg lyst til å nyte kulturlivet og reise. Gå turer, trene, lære mer om enkelte temaer og lese. Jeg skulle gjerne hatt et liv til for å få lest alt det jeg har lyst til. Nei, det blir nok slik det alltid har vært for meg; dagene er for korte!*



■ Nicolay Caspar Meyer, psykologspesialist
Karin Galgerud, spesialergoterapeut og
Berit Lindholm Båtstrand, psykiatrisk sykepleier,
Alderspsykiatrisk poliklinikk, Blakstad, Vestre Viken HF

«Jeg har fått demensdiagnose – hva nå?»

Fem års erfaring med psykososial behandling i gruppe for pasienter som nylig har fått diagnosen kognitiv svikt eller demens.

Sammendrag

Siden februar 2006 har Alderspsykiatrisk poliklinikk, Blakstad, hatt et tilbud om kurs- og samtalegruppe for hjemmeboende pasienter med nydiagnostisert kognitiv svikt eller demens. Det er frem til i dag gjennomført et slikt tilbud for 13 «kull», til sammen 66 pasienter.

Tilbudet vårt bygger på elementene undervisning, likemannsutveksling og personlig utforskning av mulige endringer i forhold til egenaktivitet.

Våren 2010 evaluerte vi gruppebehandlingen. Vi brukte Quality of Life-AD som selvevaluerings-skala før og etter oppstart av gruppen. På den mer kvalitative siden intervjuet vi pårørende av deltakerne i den samme gruppen. En av psykologene ved poliklinikken hadde dybdeintervjuet tre av deltakerne i gruppen høsten 2009. Loggført materiale fra alle gruppene etter oppstarten i 2006 har vært til nytte ved evalueringen.

Våre erfaringer viser at psykososial behandling, med vekt på rasjonelle og relasjonelle/emosjonelle aspekter, hjelper pasientene til å opprettholde sin identitet, selvfølelse og verdighet!

Bakteppe

Pasienter som får en demensdiagnose er i en svært sårbar situasjon. Behovet for informasjon, støtte og veiledning er ofte stort den første tiden, både for pasienten og de pårørende.

Alderspsykiatrisk poliklinikk ved avd. Blakstad ferdigbehandlet 145 pasienter i 2010, hvorav 75 fikk diagnosen mild organisk kognitiv svikt eller demens. Vi har en biopsykososial forståelse i vårt arbeid med pasienter og deres pårørende i forbindelse med utredning og behandling.

Ved tilbakemeldingssamtalen i poliklinikken får pasientene og deres pårørende informasjon om utredningen og konklusjoner, muntlig og skriftlig, med gode råd. De får i tillegg brosjyrer om demens fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, kontaktadresser i kommunen og telefonnummer til Demenslinjen. Mange vil også ha råd om litteratur for å kunne forberede seg på den nye og usikre fremtiden de nå går i møte.

Poliklinikken har gjennom mange år tilbudt strukturert undervisning i gruppe til pårørende, og i kommunene er det tilbud om pårørendeskole. Vi så at det var et behov for et direkte pasientrettet tilbud i fasen etter utredningen. Nasjonalforeningen for folkehelsen hadde fra 2003 erfaringer med å drive samtalegruppe for personer med demens i tidlig fase (1). Februar 2006 startet vi tilbudet om kurs- og samtalegruppe for hjemmeboende pasienter med nydiagnostisert kognitiv svikt eller demens. Det er frem til i dag gjennomført et slikt tilbud for 13 «kull» (ca 5-8 pasienter i hvert kull), til sammen 66 pasienter.

Behandlingsfilosofi og teorigrunnlag

Det faglige fundamentet for kurs- og samtalegruppen er både med inspirasjon fra læringsteori og psykoedukativ metode, og kommunikasjonsorientert, systemorientert tilnærming. Prinsippene fra psykoedukativ tilnærming, at informasjon til pasient og pårørende kan dempe negativt

uttalte følelser, og derved dempe sykdomssymptomene, har vært anvendbare også ved behandling av personer med demens (2).

Prinsipper fra kommunikasjons- og systemorientert teori har i ulike varianter inspirert til et mer helhetlig syn og til bedre forståelse av meningen i det personen med demens gjør og forståelsen av hvordan omgivelsene virker inn på personen (3,4).

Med et eklektisk¹ og praktisk utgangspunkt gir disse to hovedtilnærmingene holdninger og metoder som brukes i mange sammenhenger i helse- og omsorgsarbeid. Kunnskap gir pasientene mer kontroll over sin tilstand. Mestring og forventning om mestring er sentrale begreper. Prinsippet om å mestre via læring kan bidra til en mer proaktiv holdning hos pasienten til egen behandling, så som en mer aktiv og kunnskapsbasert interaksjon med fastlegen og hjemmesykepleien (5). Det var bakgrunnen for at Alderspsykiatrisk poliklinikk i 2005 innførte Tverrfaglig epikrise i hånden og tilpasset muntlig og skriftlig informasjon til pasient og pårørende (6,7,8).

Vi hadde et ønske om å utvikle et tilbud til pasientene som kombinerte formidling av kunnskap med et relasjonelt, kommunikativt aspekt. Inspirasjonskilder var tradisjoner med fokus på hva som fremmer helse, i motsetning til å tenke risiko og bare behandle symptomer. Alle pasienter har individuelle ressurser med mulighet for et meningsfullt liv; de er ikke bare sin sykdom (9). Vi ønsket å gi pasientene, og indirekte pårørende, en rasjonell og følelsesmessig motvekt til den situasjonen de står i når de får en demensdiagnose, med alle de assosiasjoner den gir: bare forfall fremover, og betegnelser som «rotete», «surrete», «tullete», «dum». Slike holdninger måtte kunne motvirkes for å fremme et annet selvilde hos pasienten.

Ved den konkrete planlegging av kurs- og samtalegruppen lot vi oss inspirere av metodikken i Lifestyle Redesign, et gruppeprogram utviklet av ergoterapeuter ved University of Southern California, basert på forskningsprosjektet «The Well Elderly Study» (10). Resultatet fra deres forskning viste forbedret fysisk og psykisk helse for gruppedeltakerne. De konkluderte med at faktorer som fremmer tilpasning til omgivelsene også fremmer bedre helse. Det viste seg å være effektivt med kombinasjon av undervisning og refleksjon/samtale. Ved å bearbeide tanker og følelser og ved refleksjon opprettet deltakerne sin identitet, selvfølelse og verdighet.

Tilbudet vårt ble bygget opp etter noen av de samme elementene: undervisning, likemannsutveksling og personlig utforskning av mulige endringer i forhold til egenaktivitet.

Hvordan la vi opp gruppetilbudet?

Opplegget har utviklet seg underveis gjennom erfaringer gruppelederne gjorde og innspill fra deltakerne, i tråd med aktiv brukermedvirkning.

Rammene for gruppetilbudet

Pasienter som har vært eller er til utredning ved poliklinikken får tilbud om deltagelse i gruppe. Dette er pasienter som nylig har blitt vurdert å ha en kognitiv svikt eller demens, er i relativt tidlig fase av sykdommen, er hjemmeboende og antas å dra nytte av en gruppedeltakelse (blant annet sosialt, psykisk, kognitivt og språklig). De bør selv være inneforstått med sin hukommelsessvikt og ha en viss refleksjonsevne.

Deltakerne velges ut etter tverrfaglig drøfting, der det også tas hensyn til gruppesammensetningen, slik at de er noenlunde på samme nivå kognitivt. Tilbud om deltakelse blir oftest presentert i forbindelse med tilbakemelding av diagnosen.

Størrelsen bør være mellom fire og åtte deltakere. Det er to gruppeledere - en spesialergoterapeut og en psykiatrisk sykepleier - begge med lang erfaring i alderspsykiatrien.

Gruppen er lukket og har sine samlinger i et lyst og stort møterom med et visst «hjemlig» preg. Deltakerne betaler ordinær poliklinisk egenandel hver gang og får som oftest dekket transport. Det er fem samlinger, med 1,5 times varighet, en gang i uken, med enkel servering av kaffe, te, kjeks og frukt.

Målsetting med gruppen

Øke evnen til å leve med en kronisk, progredierende sykdom. Lære å se muligheter ved å få kunnskap om kognitiv svikt og demenslidelser, få emosjonell støtte og dele erfaringer. Dette skal bidra til å mestre hverdagen bedre til tross for de begrensninger sykdommen innebærer.

Metode for gruppene

Det legges opp til en kombinasjon av informasjon og undervisning om de aktuelle tema og deltakernes utveksling av og refleksjon over egne erfaringer. Hver deltaker har eget, godt synlig navnekort og får papir og blyant. De får en perm der gruppelederne setter inn artikler, brosjyrer om demens fra Nasjonalforeningen for folkehelsen og tips for en lettere hverdag. De oppfordres til å vise permen til sine pårørende, som en orientering om hva som har vært temaet på møtet.

Eksempel på innhold i gruppeprogrammet

Dag 1: Introduksjon og presentasjon av deltakerne, med vekt på aktiviteter i hverdagen.

Dag 2: Hukommelsesvansker. Demens, årsaker og behandlingsmuligheter (undervisning og dialog ved psykolog).

Dag 3: Aktiviteter i hverdagen.
Gode råd og mestringsstrategier.

Dag 4: Sikkerhet i eget hjem.
Praktiske råd og hjelpemidler. Bilkjøring.

Dag 5: Å leve med demens.
Evaluering og oppsummering.

«Mestring og forventning om mestring er sentrale begreper.»

¹) Utvelgende, prøvende (red.)

Introduksjon og presentasjon

Når vi møtes første gang tar vi utgangspunkt i målet med gruppen. Vi presiserer at alle har moralsk taushetsplikt overfor hverandre, slik at de skal kunne føle seg trygge på å ta opp temaer som kan være vanskelige å snakke om. Vi ønsker at alle skal presentere seg kort for å bli litt kjent, med vekt på hvilke aktiviteter de er opptatt av eller har glede av i sin hverdag; både tidligere i livet og nå. Gruppelederne starter med å presentere seg, for å sette «standarden».

Det er en fordel at vi kjenner litt til pasientenes bakgrunn gjennom utredningen på forhånd, og vi hjelper til hvis vi ser at de ikke får presentert seg på en god måte.

Hukommelsesvansker.

Demens, årsaker og behandlingsmuligheter

Psykolog Nicolay C. Meyer har laget et undervisningsopplegg som alle deltakerne får en kopi av foran seg. Undervisningen foregår i dialogform og tilpasses pasientenes funksjonsnivå i den enkelte gruppe. Vi snakker generelt om hukommelse og om normal glemsomhet, litt om mild kognitiv svikt og om de ulike demenslidelsene. Videre kommer vi inn på konsekvenser av demenssykdom som alle vil kunne kjenne seg igjen i, for eksempel frykten for tap av åndsevner, redsel for å miste oversikten, skam, fortvilelse, angst for å bli undervurdert. Mange av disse temaene kommer vi tilbake til på senere gruppemøter også. Vi snakker om forebygging, om fortiden og om fremtiden. Vi tilstreber nøktern kunnskapsformidling samtidig som vi forsøker å ikke ta alt håp fra deltakerne.

Aktiviteter i hverdagen.

Gode råd og mestringstrategier

I dette møtet går vi mer i dybden på de råd om kosthold, fysisk aktivitet, mental og sosial aktivitet som de tidligere har fått. Betydningen av god søvn og om balanse mellom aktivitet og hvile er ofte et aktuelt tema her. Vi samtaler om strategier for å kompensere for hukommelsesvansker, og deltakerne utveksler erfaringer. Vi har utarbeidet og samlet skriftlig materiale med tips og gode råd som deltakerne kan ha nytte av.

Sikkerhet i eget hjem.

Praktiske råd og hjelpemidler.

Bilkjøring

Vi snakker om sikkerhet generelt, det å forebygge brann og fall, og gir tips til hvordan det er lurt å innrette seg både fysisk og praktisk. Komfyrvakt og sikkerhetsbrytere, røykvarsler og betydningen av å sjekke batteriene er gjengangere her. Vi viser eksempler på tekniske hjelpemidler som dels er forebyggende og dels kan være til kompensasjon for kognitiv svikt. Det er ikke alltid at bilkjøring er et aktuelt tema, men ofte er det slik at enkelte deltakere nettopp har fått vurdert om de fyller helsekravene for bilkjøring. Deltagelse i gruppen gir mulighet til å bearbeide følelsen av tap det medfører

å ikke lenger få kjøre bil, og drøfte alternativene til bilkjøring. Det å ha førerkort oppleves for mange nesten som en del av identiteten. Å ha mulighet til å kjøre bil gjør mange i stand til å utføre sine daglige aktiviteter og bidrar til at de kan være selvhjulpne, komme seg ut i sosiale sammenhenger og opprettholde sine vante rutiner. I gruppen vil det ofte være flere deltagere som befinner seg i samme situasjon. Noen strever fortsatt med frustrasjon og usikkerhet, mens andre kan fortelle at de har akseptert situasjonen, funnet alternativer og ser at det faktisk går an å leve et liv uten førerkort.

Å leve med demens. Evaluering og oppsummering

Denne siste gangen pleier vi ofte å samle trådene, og deltakerne reflekterer over hvordan de opplever å ha fått demensdiagnose. Mange tema som tidligere har vært berørt kommer opp igjen, for eksempel frykten for å glemme avtaler eller å glemme å svare på henvendelser. Utfordringer ved å måtte ta imot hjelp til enkelte av de daglige gjøremålene er også et eksempel. Økonomistyring er særlig aktuelt for de som bor alene. Her deler deltakerne erfaringer, noen har opprettet avtalegiro som de synes fungerer, andre får hjelp av pårørende med å betale på nettbank. Det å snakke med barna og familien om fremtiden kan være tøft. Det er vanskelig å tenke på at man blir gammel og etter hvert mer avhengig av hjelp, at man ikke lenger kan greie seg selv, og kanskje må komme på en institusjon. I samtalegruppen vektlegger vi da mer her og nå- situasjonen, og fokuserer på alt det som deltakerne pr i dag faktisk mestrer, som kan gjøre dem godt, som kan bremse utvikling av sykdommen og som kan skape litt glede i hverdagen.

Har pasientene nytte av tilbudet?

Vi bør som helsearbeidere ha som et generelt etisk og filosofisk utgangspunkt at vår befatning med pasientenes liv bare er en liten flik av deres virkelighet, og at denne aktuelle gruppedeltakelsen igjen bare er en del av deres tilværelse og bare en del av vår mulighet til å påvirke. Det kan vi ha i mente når vi oppsummerer og evaluerer opplegget med kurs- og samtalegruppe.

Vi brukte Quality of Life-AD (QoL-AD) som selvevalueringsskala før og etter oppstart av gruppen våren 2010, for å ivareta en objektiv og kvantitativ måling (11). På den mer kvalitative siden intervjuet

vi pårørende til fire av deltakerne i den samme gruppen cirka fire måneder etter siste gruppesamling. Vi stilte konkrete spørsmål som gikk på om de opplevde noen endring hos pasienten i forhold til selvinnsikt, initiativ, aktivitetsnivå, kosthold og selvrespekt. En av psykologene ved poliklinikken hadde dybdeintervjuet tre av deltakerne i gruppen høsten 2009 med fokus på deltakernes forventninger og erfaringer med gruppedeltakelsen. Loggført materiale fra alle gruppene etter oppstarten i 2006 har vært brukt ved evalueringen.

*«Det å snakke
med barna og familien
om fremtiden kan
være tøft.»*

Resultater

Svarene på QoL-AD viste små endringer. Det kan tolkes som at bruk av skjemaet på to ulike tidspunkt generelt gir adekvate og konsistente svar i forhold til generell livskvalitet, uten at dagsform og svekket hukommelse gir for store utslag. Resultatene viste i liten grad endringer som kan relateres til gruppetilbudet. Deltagelse i fem gruppesamlinger i løpet av fem uker rokker tross alt lite ved pasientenes ståsted relatert til sentrale livsområder som for eksempel fysisk helse, følelser, familieforhold, økonomi og livet som helhet.

De pårørende opplevde at gruppedeltakelsen hadde vært positivt for pasientene, særlig fordi de så at andre hadde samme problemer som dem. Pårørende mente det var vanskelig å knytte endringer til gruppen alene. Det hadde vært en gradvis prosess, med mer innsikt gjennom hele utredningen.

Det generelle inntrykket fra dybdeintervjuene var at gruppedeltakelse hjalp pasientene til en viss selvinnsett og forsoning. De satte pris på fellesskapet og den positive, gode stemningen, med utveksling av tanker og følelser, i alvor og humor, med personer i tilnærmet samme situasjon. Pasientenes spontane utsagn på gruppesamlingene bekreftet dette.

Vi gjengir utsagn fra tre pasienter våren 2010, som representerer hver sin innfallsvinkel til en personlig oppsummering:

«Godt å ha vært her. Felles skjebne.»

«Kunne si det som det er uten å forstille seg.»

«Ørliten urealistisk forventning om at noe kunne kureres.»

Tilsvarende erfaringer beskrives fra Nasjonalforeningens samtalegruppe (12).

Det loggførte materialet viste at når det gjelder personlig utforskning av mulige endringer i forhold til egenaktivitet, har flere tatt initiativ til å delta i aktiviteter som diktgruppe, sangkor, turgruppe og lignende, etter å ha fått informasjon i gruppen om det som skjer på for eksempel seniorsentre. Noen fikk også inspirasjon til å hente opp igjen tidligere fritidsinteresser, se betydningen av å lese bøker, lage seg system for kalender, anskaffe hjelpemidler, søke TT-kort, skrive dagbok eller «memoarer» og lage album. Ikke minst har vi opplevd at de gjennom dette opplegget får en unik mulighet til tanke- og følelsesmessig bearbeiding og refleksjon. Det gir en god hjelp til å ta en så alvorlig diagnose innover seg og forholde seg til den, kunne se muligheter til å leve med sin kognitive svikt og relatere seg lettere til sine pårørende. Vi har flere ganger opplevd at pasienter som i begynnelsen hadde vage forestillinger om sin kognitive svikt, som bagatelliserte og hadde redusert erkjennelse, på slutten stolt kunne fortelle at de hadde stått opp overfor sin familie og sine venner og snakket om sine hukommelsesvansker.

Vi har et klart inntrykk av at både pasientene og deres pårørende har svart seriøst på våre evalueringsspørsmål. De har svart ut fra der de er, i en situasjon med nyorientering etter en lang periode med uvisshet. Tilværelsen

deres innebærer en stor grad av alvor, med utfordringer på flere områder. Det er bakteppet for svarene vi får om endring i opplevd livskvalitet og tilhørende underpunkter. Selv når vi spør de pårørende mer direkte om endringer etter gruppedeltakelse, svarer de nøkternt og sannsynligvis ut fra pasientens og deres egen totale livssituasjon. Spørreskjemaet fra QoL-AD fanger ikke opp de kvalitative endringer vi har registrert, men gir svar i forhold til generell livskvalitet.

Vi har sett at det er nødvendig å videreutvikle og tilpasse de kvantitative og kvalitative metodene for å måle effekt av psykososial behandling for personer med kognitiv svikt eller demens. For eksempel prøver vi nå ut andre spørsmål enn de QoL-AD hadde, der vi spør pasientene mer direkte og konkret om nytten av informasjonen og refleksjonen i gruppen.

Psykososial behandling nytter

Våre erfaringer viser at et systematisk gruppetilbud med kombinasjon av undervisning og samtale kan bidra til bedre mestring av livet med en demensdiagnose. Psykososial behandling i begrenset omfang, der man vektlegger både rasjonelle og relasjonelle/emosjonelle aspekter, hjelper pasientene til å opprettholde sin identitet, selvfølelse og verdighet.

■ nicolay.meyer@vestreviken.no
karin.galgerud@vestreviken.no
berit.batstrand@vestreviken.no

REFERANSER

1. Bille C (2004) Si det som det er. Samtalegruppe for demenssyke. Demensnytt 1: 18-21.
2. Ulstein I (2007) Dementia in the family. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
3. Kitwood T (1999) En revurdering av demens personen kommer i første rekke. Frederikshavn: Dafolo forlag.
4. Heap K (2002) Gruppetilbud for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
5. Bandura A (1997) Self-efficacy. The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman.
6. Trumpy JH (2002) Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskrift for Den norske legeforening, 122 (4): 394-6.
7. Wathne CT og Fossen Ø (2006) Epikrise til pasienter. Prosjektrapport nr 7. Hamar: Helse Øst RHF.
8. Galgerud K (2007) Prosjekt Epikrise til pasient gode erfaringer fra en alderspsykiatrisk avdeling. Demens&Alderspsykiatri, 11 (3) 22-4.
9. Antonovsky A (1979) Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.
10. Jackson J, Carlson M, Mandel D, Zemke R and Clark F (1998) Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Program. American Journal of Occupational Therapy 52(5): 326-36.
11. Logsdon RG et al. (1999) Quality of Life in Alzheimer's disease: Patients and Caregivers Reports. Journal of Mental Health and Aging, 5(1): 21-32.
12. Engh K og Sparr S (2007) Samtalegruppe til nytte på flere plan. I: Krüger RME (red) Det går an! Muligheter i miljøterapi. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.



■ Anne Julie Storheil, terapeut i alderspsykiatri, Lier kommune

Alderspsykiatrisk tilbud i Lier kommune

Artikkelen beskriver det alderspsykiatriske tilbudet til eldre i Lier kommune og hvilken tilnærming som benyttes i arbeidet.

I Lier kommune i Buskerud har den eldre del av befolkningen hatt et alderspsykiatrisk tilbud siden 2007. Brukerne er eldre mennesker over 70 år som lider av en psykisk sykdom eller symptomer på det. De fleste er kvinner, men også noen få menn. Lier kommune hadde pr 1. april 2010, 23 356 innbyggere. Av disse er 2 695 over 67 år fordelt på 1 219 menn og 1 476 kvinner. Ser vi på antall fordelt på kjønn over 80 år er forskjellen enda større (1). Gjennomsnittsalderen på brukerne er 76 år. Til orientering fylte den yngste 70 i vår og den eldste 94 i juni. Dette illustrerer det store aldersspennet i eldregruppen. Brukerne befinner seg over hele kommunen. Stillingen som terapeut i alderspsykiatri er underlagt virksomhetsleder ved en av hjemmetjenestene i kommunen. Kommunen har tre hjemmetjenestebaser.

Mellom 25 og 29 personer mottar tilbud til enhver tid. Det at stillingen er en del av hjemmesykepleien vurderes i hovedsak som positivt. Før stillingen ble opprettet var noen få av de eldre brukerne i kontakt med psykisk helsetjeneste i kommunen, men de fleste av de eldre ble da fulgt opp av hjemmesykepleien og fikk ingen særskilt hjelp i forbindelse med sin psykiske lidelse. Kompetansen om psykiske lidelser er mangelfull i hjemmetjenesten, noe som tjenesten selv påpeker. Nesten alle brukerne blir i dag henvist fra hjemmesykepleien og er brukere de mener har behov for en særskilt oppfølging på grunn av en psykisk lidelse. I de fleste tilfellene støttes deres vurdering. Imidlertid er terapeutens vurdering at det kan være vanskelig å skille psykisk lidelse fra demens. En demenssykdom kan i mange tilfeller fremstå som en depresjon i starten av sykdomsforløpet, og det kan være slik at brukeren merker at han/hun ikke mestrer ulike gjøremål lengre på en god måte og blir deprimert av dette. I tilfellene der det er uklarhet om bakgrunnen for problemene, vil oppgaven bestå i en nærmere vurdering av årsaksforholdene og eventuelt videreføre bruker til demensteamet i kommunen eller fastlege, slik at videre demensutredning kan skje.

Samarbeidspartnere

Som tidligere nevnt er hjemmesykepleien en viktig samarbeidspartner. Samarbeidet er tett og terapeut i alderspsykiatri har en veiledende funksjon for dem når det gjelder psykiske lidelser. Det avholdes ukentlige møter hvor det diskuteres problemstillinger knyttet til bestemte brukere. I tillegg deltar terapeuten daglig på rapportmøter sammen med hjemmetjenesten. Også i disse foraene bistås det med veiledning på fagfeltet overfor resten av personalet. Ut over dette skjer det en

del veiledning etter behov, hvis det er ønske om det. I et arbeidsmiljø er det ikke bare den ene arbeidstakerens isolerte kompetanseanvendelse som er av betydning, men hvordan samspeilet med andre fungerer og om kompetanse kan spres gjennom daglige læringsformer (2).

Behovet for kompetanse på for eksempel psykiske lidelser hos eldre vil øke i fremtiden. Dette utsagnet er sett i lys av Stortingsmelding 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen, som legger opp til at Kommunehelsetjenesten skal ta over flere av de funksjonene som nå ligger til spesialisthelsetjenesten, deriblant tjenester til psykisk syke. Antall eldre vil også øke i årene som kommer, slik at flere tjenesteytere er i behov av økt kompetanse på eldre og deres sykdommer. Forskning viser at det per i dag er mangler i denne kompetansen i kommunen (4).

Når brukere henvises eller man kommer frem til at det kan være behov for hjelp, foretas det først og fremst et vurderingsbesøk og en samtale med bruker om utfordringen og problemet. Dersom det vurderes at det handler om alvorlig psykisk sykdom bes det om lov til å kontakte fastlege. Det kan for eksempel være behov for medisinerings eller justering av eksisterende medisinerings. I de mest alvorlige tilfellene tas det kontakt med spesialisthelsetjenesten, som i vårt tilfelle er Alderspsykiatrisk poliklinikk eller Utredningsenhet for alderspsykiatri i Lier. Fastlege er alltid involvert i denne prosessen. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten vurderer jeg som tilfredsstillende.

Enda en samarbeidspartner, og kanskje den aller viktigste, er brukernes pårørende. De har en særskilt kjennskap til brukerne og viktig kunnskap om historie og bakgrunn. Dette gjelder spesielt i tilfeller av alvorlig psykisk sykdom og i særdeleshet for de brukerne som lider av bipolar lidelse. Den kunnskap pårørende sitter inne med om tidligere svingninger i brukernes tilstand er uvurderlig. Vår oppfatning er at uten den kunnskapen kan det være fare for gale avgjørelser og avgjørelser på sviktende grunnlag.

Brukerens behov og utfordringer

Brukerne uttaler behov for en person som holder kontakt med andre i hjelpeapparatet, som en koordinator, men det må ikke nødvendigvis dreie seg om en individuell plan. Kun brukere med store sammensatte hjelpebehov har individuell plan. De har rett på en individuell plan, og denne brukes blant annet for å kvalitetssikre tjenestene og for å sikre at pasienten/brukeren blir ivaretatt mest mulig etter eget ønske (5,6). Kun en av de brukerne som i dag mottar en tjeneste fra terapeut i alderspsykiatri, har tvangsvedtak. I dette tilfelle er det opprettet et spesielt nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Noen få brukere blir henvist fra andre instanser enn hjemmetjenesten. Henvissende instans kan da være institusjoner eller fastleger. Ved oppstarten ble det brukt tid på å møte legene i kommunen og informere om hvilket tilbud som kunne ytes. Etter

hvert har flere og flere blitt oppmerksomme på hvilket tilbud kommunen har til brukere over 70 år og på denne måten kommer hjelpen tidligere på plass.

Erfaring frem til nå er at mange brukere opplever ensomhet og sosial isolering, og at dette kan føre til angst eller nedstemthet. En vurdering er videre at det er mange faktorer som virker sammen og som samlet sett skaper en vanskelig situasjon for brukerne. Nedsatt fysisk funksjonalitet er et stort hinder for utfoldelse og deltakelse. Ofte kan det være ernæringssvikt. Den sosiale situasjonen og sykdomssituasjonene kan videre medføre nedsatt selvbilde. Tilfeller av mulig unødvendig bruk av beroligende midler og nedsatt livskvalitet kan sees, og den helhetlige situasjonen kan skape en vond sirkel.

«Nedsatt fysisk funksjon et stort hinder for utfoldelse og deltakelse.»

Tilnærminger

Stillingens rolle og oppgaver kan derfor være mangfoldig. I en del tilfeller tilstrebes det å være til hjelp, slik at brukerne på sikt kommer tilbake til det som var eller finner nye arenaer for deltakelse. Ulike metoder og tilnærminger kan anvendes. En metode kan være «erindringsarbeid». Metoden tar utgangspunkt i eldres helhetlige situasjon og historie (7) og baserer seg på at eldre mennesker har et helt liv bak seg med erfaringer av både god og mindre god art. Begge deler er interessante. Metoden gir eldre mulighet til refleksjon og vurdering og bearbeiding av det liv som har vært. I samtaler med mange eldre kommer det frem et mangfold av tap som de kan ha opplevd. Det kan være tap av ektefelle og venner, men også tap av egne barn og andre nære. De kan oppleve andre former for tap, som for eksempel tap av sosiale roller og funksjoner. Dette utsagnet fra en av brukerne er typisk for dette: *«Før var jeg matriarken i familien og alt dreide seg rundt meg. Nå sitter jeg her og får ikke med meg noen ting lengre.»*

Erfaring med bruk av denne metoden er videre at den gir rom for å få frem et mangfold av behov og situasjoner. Noen brukere sliter med tap i forhold til at de ikke lengre er yrkesaktive, og avslutning av et aktivt yrkesliv får dem til å føle seg ubetydelige. Andre igjen sørger over et hus man har vært nødt til å forlate. Mange mennesker er gjennom årene blitt svært knyttet til sine hjem, og det er en stor sorg å være nødt til å flytte på grunn av nedsatt funksjonsnivå. Fornuftsmessig har de ingen

problemer med å se at det er en god løsning, men på det emosjonelle plan kjennes dette som en stor sorg (8).

Samtalene dreier seg ofte om fortid, hva de har arbeidet med, hvor de har bodd, deres foreldre, forelskelser, hvordan de traff ektefellen og barnas oppvekst. Veldig mange forteller om siste verdenskrig. Alle disse temaene er viktige deler av den enkeltes liv. Erfaringen er at det for den eldre gjør godt at noen lytter til det de har å fortelle, hva de har bedrevet, og for svært mange er det viktig å kunne fortelle at de ikke bare er et gammelt, skrøpelig menneske, men har utført viktige ting gjennom

«Brukerens behov og utfordringer.»

et langt liv. Det er ikke bestandig at forløsende samtaler om de voldsomme og svært vonde tingene er det som er viktigst. Men det gjør godt å fortelle at «jeg har betydd noe i samfunnet, for mine nærmeste, lokalmiljøet osv.» (8)

Etisk aspekt

Det ønskes her å trekke frem noen sider ved det å arbeide i brukerens eget hjem. Som tjenesteyter hjemme hos brukerne bør man være bevisst på at selv om man er en profesjonell hjelper, så er man samtidig en slags gjest i andres hjem. Det viktigste her er at man oppfører seg på en høvisk måte og viser brukeren respekt. Etter hvert som man blir kjent med hverandre vil det åpnes rom for en annerledes omgangstone, men dette må gå seg til og være helt på brukerens premisser (9). Enda et viktig prinsipp i arbeidet er prinsippet om eldres egen stemme og innflytelse. Det vil med andre ord si at brukermedvirkning er svært viktig (5). Brukerne som mottar tjenester er voksne, tenkende mennesker som har krav på at hjelpeapparatet og pårørende behandler dem som de selvstendige individene de er. I en travel hverdag for både oss og pårørende er det lett å bare gjøre ting, men man kan falle i skade for å overkjøre den som trenger hjelp. Et annet resultat kan være tillært hjelpesløshet.

Andre oppgaver

En annen oppgave er i tillegg til samtaler og kontaktperson, å være behjelpelig med å ta kontakt med for eksempel dagsentra og Frivillighetssentralen. Lier kommune har tre dagsentre for de eldre innbyggerne.

For å kunne bryte sosial isolasjon kan mange av brukerne gjøre seg nytte av besøk en eller flere ganger i uken på et av disse. For mange er kontakt med en frivillig hjelper det som skal til, enten som turvenn, samtalepartner eller handlehjelp. I de fleste tilfeller er terapeut med ved første møte for å gjøre situasjonen tryggere for brukeren.

Her ønskes det å peke på at tjenesten på mange måter beskrives som et forebyggende tiltak. Uten at det er gjort systematiske studier av virkningene mener man at det overfor en del av brukerne ytes et viktig bidrag til at de kan bli boende lengst mulig i eget hjem og at den psykiske lidelse ikke videreutvikles.

Internundervisning

Tjenesten innebærer også at det holdes internundervisning om tema som etikk, angst, depresjon og bipolare lidelser. Selv om angst og depresjon også kan forekomme sammen med demens har man valgt ikke å fokusere på demens, men overlater dette til ergoterapeut eller sykepleier i kommunens demensteam.

■ anne-julie.storheil@lier.kommune.no

FAKTA

I Norge var det ved utløpet av 2009 totalt 12 136 årsverk innen kommunalt psykisk helsearbeid. Dette er uavhengig av om det er øremerkede midler eller kommunens egne midler (10).

Hvert år siden 2007 har kommunene rapportert inn til Fylkesmannen i sitt respektive fylke. Rapporteringen var ment å skulle avsluttes i 2009, men videreføres nå. Årsaken til dette er fra helsemyndighetene å følge opp at tjenestetilbudet fremdeles får høy prioritet og ikke reduseres eller tas bort. En bieffekt er å hjelpe kommunene til å holde fokus på utvikling og innsats innen psykisk helsevern (10).

Lier kommune i Buskerud har valgt å satse på alderspsykiatri. Stilling ble lyst ut høsten 2006 som et ledd i kommunens opptrapping av tjenester innen psykisk helse (11). Det vil med andre ord si at Lier kommune valgte å bruke av de øremerkede midlene til en satsing på alderspsykiatri.

REFERANSER

1. Statistisk Sentralbyrå <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/folkemengde/tab-2010-03-11-08.html>
2. Moxnes, P (2000) Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet. Oslo: Paul Moxnes.
3. Samhandlingsreformen. St. meld nr 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Storheil AJ, Brænden TK (2010) Hele tavla full. En kvalitativ studie av kompetanse og kompetanseutviklingsstrategier i sykehjem. Mastergrad, Høgskolen i Buskerud. Avdeling for helsefag.
5. Pasientrettighetsloven. Lov om pasientrettigheter (1999). Helse- og omsorgsdepartementet.
6. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. (1999) Helse- og omsorgsdepartementet.
7. Heap K (2002) Samtalen i eldreomsorgen: kommunikasjon, minner, kriser, sorg. Oslo: Kommuneforlaget.
8. Heap K (2005) Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. Oslo: Gyldendal akademisk Forlag.
9. Lingås LG (2005) Over andres dørstokk yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter. Oslo: Kommuneforlaget AS.
10. Rundskriv IS-24/2010 Psykisk helsearbeid i kommunene rapportering for 2010. Helse- og omsorgsdepartementet.
11. St. prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet.

■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Genetisk sårbarhet for å utvikle hukommelsesvansker etter hjerneslag

Jørgen Wagle disputerte 10. juni over temaet «Cognitive impairment and depressive symptoms in stroke rehabilitation patients».



Jørgen Wagle forsvarte sin avhandling *Cognitive impairment and depressive symptoms in stroke rehabilitation patients: Frequency, risk factors and relation to outcome.*

Jørgen Wagle er psykolog. Han har over en femårsperiode vært tilknyttet Geriatrik avdeling og Slagrehabiliteringsenheten, Oslo Universitetssykehus, Ullevål, der han har gjennomført sitt forskningsprosjekt.

Hvert år rammes 15 000 personer av hjerneslag i Norge, og de fleste er over 65 år. Wagle viser i sin avhandling at seks av ti pasienter har kognitive vansker to til tre uker etter slaget, og at kognitivt funksjonsnivå i tidlig fase er en sentral faktor som forutsier både funksjonsnivå i dagliglivet og risiko for sykehjemsinnleggelse etter 13 måneder.

Genetisk variant øker sårbarheten

Av særskilt interesse er at 20 til 25 prosent av befolkningen er bærer av en genetisk variant som øker sårbarheten for å utvikle kognitiv svikt etter et hjerneslag. Genvarianten kalles ApoE ϵ 4-allelet, og ble funnet å spesielt øke risikoen for redusert verbal innlæring/hukommelse. Ikke bare hadde ApoE ϵ 4-bærere større kognitiv svikt to-tre uker etter slaget, men viste også en reduksjon i kognitiv fungering over oppfølgingsperioden på 13 måneder. Dette i motsetning til pasienter uten ApoE ϵ 4-allelet som viste en bedring i kognitiv fungering over perioden. ApoE ϵ 4-allelet er kjent som en sterk risikofaktor for utvikling av Alzheimers sykdom.

Depressive symptomer en risikofaktor

Avhandlingen viser også at depressive symptomer opptrer hos omkring halvparten av slagpasientene, men at de oftest er av mild karakter. Likevel bør de tas på alvor, fremholder Wagle. Ikke bare på grunn av ubehaget de påfører pasientene og at de kan være til hinder for rehabiliteringen, men fordi depressive symptomer i tidlig fase ble funnet å være en risikofaktor for sykehjemsinnleggelse etter 13 måneder. Depressive symptomer har tradisjonelt vært lite påaktet i slagbehandling.

Samtaleterapi som antidepressiv behandling

Det anbefales at slagpasienter undersøkes for depresjon som del av den standardiserte utredningen ved en slagrehabiliteringsenhet, og at aktuelle pasienter tilbys adekvat antidepressiv behandling. Wagle mener at samtaleterapi individuelt og i grupper vil være svært aktuelt i den sammenheng. Psykologer tilknyttet slagenheter ved sykehusene er en relevant løsningsmodell, sier han.

Wagle er nå ansatt som psykolog ved Alderspsykiatrik avdeling Vardåsen, Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Han vil i sitt arbeid forske videre innenfor temaene kognisjon og depresjon.

Diagnostikk i utvikling

Mala Naik disputerte 27. mai over temaet «Diagnosing Dementia. Different approaches to improve the diagnostic workup in patients with dementia.»

Mala Naik arbeider til daglig som overlege på Geriatrik seksjon, Medisinsk avdeling, ved Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen.

Til prøveforelesningen hadde hun fått oppgaven *Verdi og praktisk anvendelse av biomarkører i demensdiagnostikken*. Avhandlingen hun skulle forsvare består av fire studier basert på erfaringer fra Geriatrik poliklinikk, Haraldsplass Diakonale sykehus.

Norske leger bruker Verdens Helseorganisasjons kriterier for demensdiagnosen (ICD-10), men andre har utarbeidet tilsvarende kriterier (som det amerikanske DSM-IV). Kriteriene i ICD-10 har hittil vært ansett som «dårligere» enn DSM-IV når det gjelder å diagnostisere tidlig demens. I studie 1 blir ICD-10 og DSM-IV-kriteriene sammenliknet og funnet likeverdige. I studie 2 er temaet stress hos pårørende (spesielt kvinnelige ektefeller), og hvordan det kan påvirke opplevelsen av pasientens hukommelse og fungering i dagliglivet.

MR versus CT

En viktig del av utredningen av demens er billedframstilling av hjernen. De to vanligste metodene er computer tomografi (CT) og magnetisk resonans (MR). I studie 3 er det vist at MR avdekker skader som skyldes blodforsyningen mye bedre enn CT. Dette kan være av betydning ved videre behandling.

Studie 4 er basert på en ny radiologisk teknikk som kan fremstille mulige brudd i hjernens nervebaner (Diffusion Tensor Imaging). Studien viser at personer med demens og atferdssymptomer har brudd i panne-lappens nervebaner. I sum ønsket Mala Naik med de fire arbeidene å bidra til bedre og mer målrettet diagnostikk av demens.

Gode hjelpere

Biomarkører er indikatorer på en biologisk tilstand; en egenskap som kan måles. Økende forekomst av demens medfører krav om utvikling og validering av slike biomarkører. Tidlig diagnostisering øker håpet om at man kan vinne frem med terapeutisk behandling. I praksis



Mala Naik forsvarte sin avhandling *Diagnosing Dementia. Different approaches to improve the diagnostic workup in patients with dementia.*

stilles diagnosen på bakgrunn av informasjon fra pårørende og intervju med pasient, klinisk undersøkelse, testing av kognitive funksjoner, billeddiagnostikk av hjernen og blodprøver.

Blir bruk av biomarkører etter hvert viktigere i demensdiagnostikken enn kliniske undersøkelser?

– *Personlig tror jeg at kliniske undersøkelser aldri kan erstattes av biomarkører. Markørene kan kun støtte diagnosen og hjelpe oss klinikere å stille diagnosen. Kliniske undersøkelser av pasienten vil, sammen med informasjon fra pårørende eller omsorgsgivere, fortsatt være den viktigste del av diagnostiseringen, sier Mala Naik.*

– *Men det er spennende hvis det i fremtiden kommer flere biomarkører som er spesifikke og sensitive til demensdiagnostikk, føyer hun til.*

Mala Naik er født 11.april 1957 og avla sin embetseksamen i medisin i 1981 ved Universitet i Delhi, India. Hun hadde sin turnustjeneste i Skottland og har jobbet med indremedisin og geriatri i England i fem år. Hun ble spesialist i indremedisin og geriatri i 1995, og har jobbet som overlege ved Geriatrik seksjon, Medisinsk avdeling på Haraldsplass Diakonale sykehus siden da. Naiks spesielle interesse er demens, med særlig fokus på diagnostikk.



Foto: Bente Wallander

Syns- og hørselsproblemer hos personer med demens

*Ved utredning av demens
er kartlegging av syns- og
hørselsstatus viktig,
da konsekvenser av sansetap
kan forveksles med eller
forsterke symptomer
på demens.*

Alle har behov for å forstå hva som foregår rundt seg og kunne danne seg en mening om det. For en person som lever med en demenssykdom kan livet bli preget av usikkerhet og utrygghet. Når en heller ikke kan stole på eller kompensere med sanseinntrykk blir strevet med å oppfatte og forstå formidabelt.

Konsekvensene kan blir misforståelser, feiltolkninger og atferdmessige symptomer som angst, depresjon, tilbaketrekning, apati, irritabilitet og aggressivitet. Ved utredning av demens er kartlegging av syns- og hørselsstatus viktig, da konsekvenser av sansetap kan forveksles med eller forsterke symptomer på demens. I miljøbehandling er oppgaven å optimalisere omgivelsene for personen med demens. Dette blir spesielt utfordrende dersom denne i tillegg har syns- og / eller hørselsproblemer.

Normale syns- og hørselsendringer

Med alderen svekkes hørsel og syn hos de fleste. En 65-åring trenger 3,5 ganger så mye lys som en 20-åring. Mørkesynet reduseres og det tar lengre tid å tilpasse seg fra lys til mørke og omvendt. Eldre har økt lysømførlighet/blendingsproblemer og øyets evne til å tilpasse seg nærhet og avstand reduseres. De har nedsatt evne til å finne ut hvor lyden kommer fra, er mer vare på bakgrunnstøy, distraheres lettere av lyd og bruker lengre tid på å vende seg til et nytt lydbilde (1,2).

Forekomst av synsproblemer, hørselsproblemer og demens

For eldre over 65 år er det seks til åtte ganger større sannsynlighet for å få en øyesykdom. De vanligste øyesykdommene hos eldre er aldersrelatert makula degenerasjon (AMD), grå stær (katarakt), grønn stær (glaucom), komplikasjoner i forbindelse med diabetes og synsvansker etter hjerneslag. Ti prosent av alle over 70 år mister lesesyntet (2,3).

En studie i Nord-Trøndelag viste at cirka 90 prosent av de over 80 år hadde hørselsproblemer (2). Andelen av befolkningen med betydelige hørselstap i aldersgruppen 74-84 år er 35,6 prosent og for dem over 85 år er andelen 43,5 prosent (4).

Fire til fem prosent av brukere av pleie- og omsorgstjenester har så alvorlige kombinerte syns- og hørselsvansker at det medfører problemer i dagliglivet. Hver tiende beboer på norske sykehjem antas å ha behov for både syns- og hørselsmessig tilrettelegging både når det gjelder hjelpemidler og i kontakt og kommunikasjon med personalet (5).

Forekomsten av demens er 15 prosent for personer over 75 år, og mer enn 20 prosent for dem som er over 80 år (6). Det antas at forekomst av demens i kombinasjon med sansetap er relativt vanlig. Men det er vanskelig å finne studier som beskriver forekomst av sansetap i kombinasjon med demenssykdom. Tvert i mot har demens/kognitiv svikt vært en grunn til eksklusjon fra deltakelse i kartleggingsundersøkelser av syns- og hørselssvikt hos eldre.

Det er påvist en sammenheng mellom hørselshemning og demens, med en høyere forekomst av demens, både hos personer med hørselshemning og hos personer med store hørselstap (7). En annen studie viste kognitiv og funksjonell nedgang hos eldre kvinner (undersøkelsen omfattet kun kvinner) med synshemning eller kombinert syns- og hørselshemning uten at det kunne knyttes til en demenssykdom. Kognitiv funksjon er avhengig av stimulans fra sansene og en antok at reduksjonen var en konsekvens av redusert syn og/eller hørsel (8).

Synshemming hos eldre

For å kunne se og tolke synsinntrykk er vi avhengig av at alle deler av synsapparatet fungerer. Det omfatter øyet, synsnerven, synsbane og synsbarken i hjernen. Skade i en eller flere av disse strukturene vil medføre synsproblemer (1,2).

Grå stær (katarakt). Den vanligste øyelidelse i eldre år, rammer fem til sju prosent over 65 år. Ved grå stær blir linsen i øyet melkehvit og gradvis slippes mindre lys inn til netthinnen. Synsproblemer på grunn av grå stær oppdages i situasjoner som krever godt detaljsyn, problemer med motlys er også vanlig. Tilstanden behandles med implantasjon av en kunstig linse (1,2). Over 95 prosent får bedre syn etter operasjonen (9).

Aldersrelatert Macula degenerasjon (AMD). Ofte kalt forkalkninger i øyet. En netthinnesykdom som medfører at området for skarpsyn (macula) svekkes. AMD er den vanligste årsaken til sterk synshemming hos personer over 50 år. Ved AMD blir skarpsynet og fargesynet dårligere, rette linjer blir buede og det tar lengre tid for øyet å tilpasse seg endringer i lysforhold. «Tomme flekker» i det sentrale synsfeltet gjør vanskelig å lese og å gjenkjenne folk. Sidesynet opprettholdes slik at en viss evne til orientering og mobilitet beholdes. Tilstanden kan vanligvis ikke behandles medisinsk eller kirurgisk. Blødninger i netthinnen er årsaken til en sjeldnere form for AMD. Her kan medisinsk behandling gi gode resultater. Tilstanden kan føre til totalt synstap på få uker (2,3).

Grønn stær (glaukom). En kronisk sykdom som behandles forebyggende med øyedråper, medisiner og/eller laser. Trykket inne i øyeeplet blir for høyt, dette medfører skade på de fine fibrene i synsnerven som bringer synsinntrykk til hjernen. Symptomet på grønn stær er synsfeltsutfall. Om lag 40 000 nordmenn har fått påvist grønn stær og en regner med at cirka 20 000 har tilstanden uten at de vet om det. For høyt trykk i øyeeplet gir ingen symptomer inntil det medfører permanent skade på synet. Derfor anbefales årlige kontrollmålinger etter fylte 35 - 40 år (2,3).

Diabetes retinopati. Tilstanden kommer som en følge av diabetes type 1 og 2, og gir forandringer i de fine blodkarene som er tilknyttet netthinnen (retina). Laserbehandling kan opprettholde synsfunksjonen (2,3).

Hjerneslag. Hjerneslag (blødning eller blodpropp) fører ofte til endringer i synsfunksjonen. Den vanligste skaden på synet er synsfeltsutfall. Utfallet henger sammen med hvilke områder i hjernen som er skadet (1,2).

Kompensatoriske tiltak ved synshemming (1,2,3)

- Vi bør presentere oss hver gang vi tar kontakt
- Sørg for at personens briller er rene og at rett brille benyttes. Obs lesebriller!
- Alltid god belysning som ikke blander. Demp ikke lyset for hyggens skyld ved måltider. Tenn gjerne stearinlys, men behold god grunnbelysning

- God punktbelysning til lesing og håndarbeid er viktig. En stålampe som kombinerer uplight og punktbelysning kan være til god hjelp
- Lyse vegger og tak med god kontrast/markering til gulvet og annet interiør
- Ikke blanke gulv dersom sola kan skinne inn på gulvet, skjerm for direkte sollys
- Skilting med store bokstaver med kontrast. Ikke «pynting» på skiltene
- Ryddige ganger, alt på sin plass
- Markering av trapper
- Gelendere som følger hele trappa
- Bruk god fargekontrast mellom tallerken og kuvertbrikke under måltider
- Synskontakten i kommunen kan i samarbeid med pasienten, personale og/eller pårørende vurdere behov for og søke NAV om hjelpemidler.

Hørselshemming hos eldre

Den vanligste årsaken til hørselstap hos eldre er knyttet til degenerative skader i det indre øret. Støyskader, infeksjoner og Meniers sykdom kan gi hørselstap og eventuelt komme i tillegg til aldersforandringene. Nerveceller som registrerer de lyse tonene går først til grunne. Det er derfor vanskelig for mange eldre å høre de ustemte konsonantene **k, t, f, h, p** og **s**, noe som medfører redusert evne til å oppfatte tale. (1,2,4)

Tette øreganger er en annen årsak til nedsatt hørsel, press, kløe og «dottfornemmelser». 60 prosent av alle eldre på sykehjem hadde tette øreganger på grunn av ørevoks (10). Regelmessig sjekk av øregangene er viktig, vær spesielt oppmerksom på personer som ikke evner å sette ord på plagene sine.

Kognitive prosesser er med når vi skal oppfatte tale, vi oppfatter ord vi kjenner som fullstendige selv om de ikke er det. Det er derfor vanskelig å oppfatte ord som ikke gir mening. Det er aldersforskjeller i taleoppfatning. For eldre er det vanskeligere å forstå tale ved fremmede dialekter eller aksenter, utydelig tale, hurtig tale eller når barn med lys stemme snakker. Dessuten er det vanskeligere å oppfatte tale ved bakgrunnsstøy og dersom personen snakker hurtig (1,2,4).

Kompensatoriske tiltak ved hørselshemning (1,2,4)

- Sørg for at hjelpemidler anvendes og fungerer. Høreapparatets batteri må virke, proppene må være rene, slangene hele og samtaleforsterker benyttes. Sjekk også forsterkerens batteri og ørepropper/hodetelefoner. Bruk infrarødt (IR-) anlegg til TV/radio
- Ta forsiktig fysisk kontakt når du vil påkalle oppmerksomhet
- Snakk langsomt og tydelig i korte setninger
- Henvis til kjente referanser
- Snakk en om gangen
- Ta deg god tid
- Svar alltid tilbake
- Gjenta hvis nødvendig
- Stå ansikt til ansikt med den du snakker med
- Pass på å få lys på ditt eget ansikt, stå ikke med ryggen til et vindu. Dersom den du snakker med blir blendet kan ikke vedkommende støtte seg til munnavlesning
- Unngå bakgrunnsstøy
- Hørselskontakten i kommunen kan i samarbeid med pasienten, personale og/eller pårørende vurdere behov for og søke NAV om hjelpemidler.

Kombinasjon av syns- og hørselstap

Kombinasjonen av syns- og hørselshemning reduserer mulighetene til å gjensidig utnytte syns- og hørselsresten. Som synshemmet kan en kompensere synstapet ved å kjenne igjen mennesker på stemmen. Som hørselshemmet støtter en seg i stor grad til munnavlesning og mimikk i kommunikasjonssituasjoner. At syns- og hørselsstimuli utfyller hverandre kan oppleves når lyden og bildet i et TV-intervju ikke er synkronisert.

Den vanligste årsaken til kombinasjon av syns- og hørselshemning er aldersrelatert Macula degenerasjon (AMD) og aldersrelatert hørselstap (1,2).

Tiltakene rettes mot å tilrettelegge for bruk av syns- og hørselsrester, og varsom fysisk kontakt for å få oppmerksomhet får ekstra stor betydning.

Syns- og hørselsproblemer hos personer med demens

I en utredning blir det på samme måte som i det miljøterapeutiske arbeidet viktig å optimalisere de fysiske omgivelsene og kommunikasjonssituasjonen.

Kartleggingsverktøyet KAS-SCREEN (1,5) for identifi- sering av kombinerte, alvorlige sansetap blant eldre, har i sjekkpunktene for syn og hørsel flere atferds- karakteristika som er de samme som symptomer på demens: *Du blir ikke gjenkjent når du kommer på besøk. Personen må ha hjelp til å finne igjen gjenstander som er mistet. Personen har problemer med å følge tiden da det er vanskelig å se urskiven. Personen trenger ledsager eller er usikker ved ferdsel på ukjente steder utendørs og/ eller innendørs. Du må snakke spesielt høyt, tydelig og/ eller langsomt for at personen skal oppfatte hva som blir*

sagt. Personen har vansker med å følge med i en samtale når det er flere til stede.

Mange tiltak for personer med syns- og hørselshemning er de samme som en ser er gode fysiske og miljøterapeutiske tilrettelegginger for personer med demens. Men synshemmede og hørselshemmede har evnen til nylæring slik at de kan benytte ulike hjelpemidler og kompenserende teknikker. For eksempel er det vanlig at synshemmede «går opp et nytt rom» for å danne seg oversikt og at de raskt gjenkjenner mennesker på stemmen. Hørselshemmede kan dra nytte av hjelpemidler som lysblinkanlegg eller varsling ved vibrasjon koblet til dør, telefon og brannalarm, i stedet for ringelyd.

Ivar Lies modell (11) beskriver gapet mellom de kravene omgivelsene stiller til funksjon og personens faktiske fungeringsevne. Det ene prinsippet for tilnærming er opplæring, det andre er å senke kravene. For personer med sansetap i tillegg til demens må det siste vektlegges. En annen må ofte være tilstede for å gi hjelp og støtte også når det gjelder anvendelse av hjelpemidler.

Min erfaring er at det som regel blir for krevende å starte tilvenning av høreapparat dersom personen har demens. Lydbildet blir fremmed og kan oppfattes som uforståelig støy. En situasjon der en skyller ned i forbindelse med WC-besøk kan oppfattes som en foss, ikke som en bekk som før høreapparatet ble benyttet. Situasjonen er en annen dersom personen benyttet høreapparat før demenssykdommen rammet. Da er lydbildet det samme som personen er vant til å leve med og personen bør fortsatt benytte høreapparatene sine.

Samtaleforsterker kan være et nyttig hjelpemiddel for mange med en kombinasjon av demenssykdom og hørselshemning. Dette er en forsterkning av lyd og den



stenger ute bakgrunnsstøy. Det krever at samtalen disiplineres slik at ingen snakker i munnen på hverandre og at samtalepartnerne snakker i mikrofonen.

For en person som lever med demenssykdom kan livet bli preget av usikkerhet og utrygghet. Når en i tillegg ikke kan stole på eller kompensere med sanseinntrykk blir strevet med å oppfatte og forstå formidabelt. Når demenssykdommen utvikler seg kan det også bli vanskelig å tolke de syns- og hørselsstimuli som hjernen mottar. Det blir for eksempel vanskelig å gå i trapp på grunn av manglende dybdesyn og lydstimuli kan mistolkes. Personens evne til å benytte kompenserende strategier for å møte utfordringer reduseres.

Kombinasjonen av syns- og/eller hørselstap og demens medfører store utfordringer for å kommunisere, for å orientere seg i miljøet og for å mestre dagliglivets aktiviteter. Vår oppgave som personale blir å redusere gapet mellom kravene til funksjon og personens fungeringsevne. For å optimalisere livssituasjonen til personer med demens og sansetap kreves det i tillegg til at det fysiske miljøet er tilrettelagt, at andre er tilgjengelige for å trygge, forklare og gi individuelt tilpasset praktisk bistand.

For å få en praktisk forståelse av konsekvenser av syns- og hørselstap anbefales det å gå inn på nettstedet *Syn og hørsel hos eldre*, www.sansetap.no. Nettstedet har blant annet syns- og hørselssimulatorer som gir eksempler på hvordan forskjellige sansetap oppleves.

■ lise.overland@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Lyng K, Svingen EM (2001) Kartlegging av alvorlige, kombinerte sansetap hos eldre. Evaluering av en sjekkliste-basert screeningsmetodikk. Rapport nr 9/01. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
2. Skådalen kompetansesenter www.sansetap.no (27.04.11).
3. Norges blindeforbund <https://www.blindeforbundet.no/internett/fakta-og-publikasjoner> (27.04.11).
4. Hørselshemmedes Landsforbund <http://www.hlf.no/Horselhemninger/Hvordan-fungerer/Ulike-typer-horselstap> (27.04.11).
5. Lyng K, Svingen EM (2008) Sjekkliste for kartlegging av alvorlige kombinerte sansetap blant eldre. Helsedirektoratets brosjyre Oslo 2008. (<http://www.helsedirektoratet.no>)
6. Brækhus A, Dahl TE, Engedal K og Laake K (2009) Hva er demens? Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Hukommelsesklinikken Oslo Universitetssykehus, Ullevål, 4.rev. utg.
7. Uhlmann RF, Larson EB et al (1989) Relationship of hearing impairment to Dementia and Cognitive Dysfunction in Older Adults. JAMA, 1989-Vol 261, no 13, s 1916-1919.
8. Lin MY, Gutierrez PR et al (2004) Vision impairment and hearing impairment predict cognitive and functional decline in older women. Journal of American Geriatrics Society, December 2004 vol 52, nr 12, s 1996-2002.
9. WHO hjemmeside. <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index1.html> (10.06.08).
10. Norsk helseinformatikk. <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/sykdommer/orevoks-3493.html> (31.12.01).
11. Lie I (1986) Syn og synsproblemer. Oslo, Universitetsforlaget.

Tillitsfullt tilskudd

Sansehagen i Lakselv (omtalt i D&A nr 1, 2010) fikk i juni 100 000 kroner i tilskudd. – *Helt betingelsesløst, er det ikke utrolig. Nå kan vi endelig få gjort ferdig anlegget*, jubler primus motor for sansehagen ved Porsanger helsetun, Aina Hanssen.

Etter fire års arbeid med sansehagen var Hanssen egentlig lei av å tigge penger til dugnadsprosjektet. Da kommunestyret i Porsanger skulle ha et budsjett-reguleringsmøte den 22. juni i år bestemte hun seg likevel for å møte opp.

– *Noen smilte nok litt da jeg satte meg i salen med plakaten min. Men da kommunestyret tok en pause fikk jeg snakket med noen representanter og spurt dem hva Porsanger kommunes andel av eldremilliarden egentlig var brukt til. For å gjøre en lang historie kort, så fremmet en av dem senere i møtet et forslag om å bevilge 100 000 kroner til tiltaket, og forslaget ble enstemmig vedtatt.*

I følge det historiske vedtaket skal Aina Hanssen selv styre bruken av pengene.

– *Uten betingelser. Det tar jeg som et tegn på at de har stor tillit både til meg og prosjektet, sier en smilende ildsjel.*



GLADE: Dugnadsgjengen fra Lakselv Hagelag jubler også for tilskuddet. (Foto: Aina Borch)

Styrker pårørendearbeidet

Helsedirektoratet har bevilget 15 millioner kroner til styrking av pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen.

Prosjektet er en del av den videre satsingen i Demensplan 2015, der målet er at pårørendeskoler og samtalegrupper skal være tilgjengelig i hele landet innen 2015.

Ansvar for gjennomføring er lagt til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Kompetansesenteret gjennomførte fra 2007 det treårige utviklingsprogrammet *Tilbud til pårørende – pårørendeskoler og samtalegrupper*.

■ Frode Kibsgaard Larsen, vernepleier, konst. enhetsleder Utviklingshemning og aldring, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



Tidlige tegn på aldring hos personer med utviklingshemning

Aldringsprosessen hos personer med utviklingshemning har mange likhetstrekk med den vi ser hos alle aldrende personer, men mye kan også skille seg fra et normalt aldringsforløp. For tjenesteytere kan det være en utfordring å se tegnene på at noe er galt og ikke stemmer med det vi kan forvente av funksjonsfall.

Det er viktig å ha gode rutiner og systemer for å fange opp tegn på en unormal aldringsprosess. Alle norske borgere har rett til utredning, behandling og oppfølging. Det er helse- og miljøpersonellet, sammen med den utviklingshemmede og pårørende, som først vil se tegn på om noe er under endring.

Aldring innebærer endringer som gjør at vi får nedsatt evne til å tilpasse oss forandringer ved egen helse, mestre hverdagslivets krav og utfordringer og forandringer i den enkeltes sosiale nettverk (1,2). Personer med utviklingshemning er i all hovedsak enslige og lever ikke i ekteskapeliggende forhold, noe som gjør at de ikke har noen helt nære å dele tanker og bekymringer med (3).

Systematisk oppfølging er viktig

For personer med utviklingshemning som er avhengige av et støtteapparat, vil det kreve gode rutiner og systematisk oppfølging for tidligst mulig å se tegn på endring. Spesielt kan det være vanskelig å skille mellom en normal og en unormal aldringsprosess. Miljøet rundt personen bør ha nødvendig kunnskap om den enkeltes fysiske og psykiske helse, kognitiv fungering, praktiske ferdigheter, sosiale nettverk og interesser. Dette er opplysninger som skal være kartlagt og nedtegnet, slik at det kan benyttes som et sammenligningsgrunnlag for å se om personen endrer seg over tid. Så er det viktig å sikre at nødvendig utredning, behandling og tiltak iverksettes så raskt som mulig. Konsekvensene av å ikke iverksette medisinsk behandling kan bli alvorlige for den enkelte. Dette har man for eksempel erfart ved enkelte krefttilfeller. (4,5)

Den enkeltes situasjon påvirkes av ulike faktorer, og tjenesteytere må ha et vidt og våkent blikk for de mange perspektiver som påvirker alderdommen. Et biologisk overblikk for å se de fysiske endringene som påvirker





AKTIVITET: Fra seniorsamlingen i Melsomvik sommeren 2009. (Ill. foto: Bente Wallander)

helsen, et *psykologisk* overblikk for å se endringer som påvirker hukommelse, læring, personlighet og emosjoner, og et sosiologisk overblikk for å se endring av egen rolle og status. Det kan for eksempel være å gå fra å være arbeidstaker til å bli pensjonist eller å få endret tilhørighet overfor familie og venner. Alle viktige endringer som kan påvirke den enkelte og uttrykkes på forskjellige måter (6).

Tjenester til personer med utviklingshemning gis av personer med svært varierende fagkompetanse og erfaring. Derfor må det utvikles gode standarder og rutiner for oppfølging, slik at alle mottar forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veilederen tar for seg lover og forskrifter knyttet til kvalitet i tjenestene, og sier hvordan kvalitetsreformen skal brukes i praksis (7).

Årsaker til tidligere aldringsforløp

Mange faktorer kan påvirke aldringsprosessen hos personer med utviklingshemning, faktorer som kan være annerledes enn hos eldre generelt.

- Redusert kognitiv funksjon hos personer hvor denne funksjonen er redusert i utgangspunktet
- Redusert fysisk funksjon som også kan være redusert i utgangspunktet

- Årsaken kan være genetisk bestemt og finnes i kromosomavviket som gir syndromet
- Graden av utviklingshemning kan påvirke starten på en aldringsprosess. Vi vet at personer med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning i gjennomsnitt har lavere levealder enn dem med moderat og lettere grad av utviklingshemning
- Ulike tilleggshandikapp kan gi merbelastning på kroppslige funksjoner og psykisk helse
- Langvarig bruk av medikamenter kan være en belastning. Medisiner har en annen effekt hos eldre generelt, i tillegg til at de kan ha en annen effekt hos utviklingshemmede spesielt
- Miljøbetingelsene den enkelte er vokst opp med og lever under kan påvirke aldringsprosessen negativt
- Manglende kompetanse hos helse- og omsorgspersonell
- Bistanden som gis kan maskere et funksjonsfall og begynnende sykdom. Konsekvensen kan bli at tilstander ikke blir oppdaget før det er gått for langt og de har utviklet seg til å bli alvorlige og kroniske sykdommer (1,8,9).

Når bør en se etter tegn på en unormal aldersutvikling?

Årsgupper det vises til her er generelle og gir kun en antagelse om når en bør begynne å ta hensyn til endringer som kan skyldes aldring. Individuelle hensyn må vurderes opp mot kunnskap om typiske trekk ved det enkelte syndrom.

- Forskning viser at personer med lettere grad av utviklingshemning har et aldringsforløp tilnærmet likt befolkningen generelt
- De med moderat grad kan ha litt kortere livsløp, og det kan være fornuftig å begynne å tenke på alderdommen mellom 40 og 50 år
- For personer med Downs syndrom er det en generell anbefaling at dette bør skje allerede ved 35 til 40 års alder. Trolig gjelder det samme for personer med cerebral parese
- For personer med alvorlig til dyp grad av utviklingshemning er det vanskeligere å komme med tall, siden deres aldringsforløp er mer usikkert. En bør generelt ha et våkent blikk for endringer gjennom hele livsløpet (1,9,10,11).

Brukermedvirkning og selvbestemmelse

Det er viktig at de som er involvert i andres liv, som tjenesteytere eller pårørende, inkluderer den enkelte i avgjørelser som handler om personens egen helse og fremtid. Hvordan oppfatter de egen helse? Og hvordan oppfatter de at kroppen og yteevnen endrer seg når de blir eldre? Hva mener de er viktig å tenke på for å få et best mulig liv, «når vil jeg pensjoneres, hva vil jeg gjøre i den nye fritiden» og så videre. Dette kan det være vanskelig å ha tanker om og sette ord på. Det er likevel viktig å ta det opp selv om ikke alle har forutsetninger til å forstå eller kommunisere alt. Mange kan være med på deler av diskusjonen, noe som krever innsikt og kunnskap hos personalet, slik at de kan tilrettelegge for brukermedvirkning og selvbestemmelse. Det er utviklet en serie med lettlest litteratur som kan være et hjelpemiddel til å få frem de berørtes egne tanker og ønsker for alderdommen. Litteraturen kan lastes ned fra området Utviklingshemning på www.aldringoghelse.no.

Rutiner og individuell plan

Utfordringen er å lage gode rutiner som kan fange opp endringer i helsen over en lengre tidsperiode. Vi snakker om en oppfølging som kan strekke seg over mange år og hvor det i de fleste tilfeller vil være en viss utskiftning av dem som gir omsorgs- og helsetjenester.

Sosial- og helselovgivningen skal sikre at alle får tjenester de har krav på, og i disse lovene er det hjemlet en rett til å få utarbeidet en *individuell plan*. Individuell plan skal sikre at det eksisterer rutiner som fanger opp endringer i helsen og som skal følge personen over tid. I forskriften til lov om individuell plan står det i §4 at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, men ved å



(Ill. foto: Bente Wallander)

sette opp en slik plan skal det sikres at noen får et overordnet ansvar og kan følge en persons utvikling over tid (12).

Forutsetningen er at det er gode rutiner for å følge opp en individuell plan, så den ikke blir en «skrivebordsplan». Individuell plan bør være obligatorisk for alle voksne og eldre med utviklingshemning som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Den bør blant annet ha med fremtidig tjenestebehov, hva som vil være egnet boform eller nødvendige tilpasninger, aktiviteter tilpasset interesser og endringer i funksjonsnivå, fornuftig sammensetning av personell og fagkompetanse (13).

Kartleggingsverktøyet Tidlige tegn

En individuell plan skal bygge på gode opplysninger om den enkeltes helse og funksjonsnivå. Før oppsett eller evaluering av individuell plan bør alle involverte personer og etater ha et oppdatert bilde av status til målpersonen. Kartleggingsverktøyet *Tidlige tegn funksjonsfall og sykdom. Oppfølging av eldre personer med utviklingshemning* (14) er et hjelpemiddel til å etablere rutiner for oppfølging over tid av eldre personer med utviklingshemning

Kartleggingsverktøyet bygger på kjente og dokumenterte verktøy som dekker de vanligste sykdommene i tillegg til generelt funksjonsfall av uspesifikk årsak. Det er utviklet til bruk av omsorgs- og miljøarbeidere som arbeider direkte med utviklingshemmede, eller av pårørende. Primært skal det brukes av dem som arbeider der hvor personen bor, for at de skal ta opp resultatene av kartleggingen med personalet på personens arbeidssted eller dagaktivitet. Målet er å skape en felles forståelse av status og situasjon for målpersonen.

Alle observerte endringer bør vurderes og dokumenteres. Endringene tas opp på bruker- eller personalmøte og med pårørende, der hvor det er naturlig at disse trekkes

inn. Alvorlighetsgraden vil avgjøre hva man gjør videre. Det må vurderes om det skal gjøres grundigere observasjon og kartlegging der hvor endring har skjedd. Det kan være registrering som kartlegger mat, drikke, situasjoner rundt egen hygiene, forekomst av utfordrende atferd, humør, virkning av medisiner osv. Ved utfordrende atferd er det viktig at det ikke kun er problematferden som studeres, men også det som skjer i forkant og i etterkant. Hvor mye er personen alene i løpet av døgnet? Er det behov for ytterligere personalressurser? Det kan finnes en naturlig forklaring på endringene som det kan være lett å avhjelpe. Er det større endringer, bør lege kontaktes og eventuelt henvise personen videre til spesialisthelsetjenesten.

Helseoppfølging

Alle skal ha lik tilgang til offentlige helsetjenester, men undersøkelser har vist at personer med utviklingshemning ikke får det samme helsetjenestetilbudet som funksjonsfriske (15). Prinsippet i vårt land er at hver enkelt person må etterspørre helsetjenester selv. Det forutsetter evne til å identifisere ubehag og plager og til å formidle disse, for så å få rettmessig helsehjelp. For mange med utviklingshemning vil dette være vanskelig. De er avhengige av nære personer som kan bistå og tolke tegn på helseproblemer.

Studier viser at årlige helsekontroller av voksne og eldre med utviklingshemning har stor effekt (16,17). Helsekontrollene avdekker udiagnostiserte tilstander - alt fra alvorlige lidelser som kreft, hjertesykdom og demens til mindre alvorlige tilstander som nedsatt syn og hørsel. Det er ingen rettighet eller nasjonal standard som sier at alle skal ha årlige helsekontroller. Det vil også være en etisk debatt om dette skal gjelde spesielt for personer med utviklingshemning. Men siden det kommer så tydelig frem at spesielt de voksne og eldre lever med mange udiagnostiserte lidelser, som igjen forringer deres livskvalitet, vil mange ha stor nytte av årlige helseundersøkelser.

Siden 2010 har det pågått et prosjekt som utvikler anbefalinger og prosedyrer for årlige helseundersøkelser hos voksne og eldre personer med utviklingshemning. Det er utarbeidet egne pop-up løsninger for fastlegenes elektroniske journalsystemer med anbefaling om helsekontroll og veiledere for helsesekretærer, miljøpersonell og personer med utviklingshemning. Prosjektet finansieres av Helsedirektoratet og utføres av fagenheten Utviklingshemning og aldring ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Materiell og rapporter kan lastes ned fra området Utviklingshemning på www.aldringoghelse.no.

Kunnskap og kompetanse, etisk bevissthet, gode rutiner og god samhandling mellom ulike helse- og omsorgstilbydere er grunnelementene som må til for å sikre faglig forsvarlig oppfølging av aldringsforløpet hos personer som ikke har forutsetninger til å mestre dette selv. De er avhengige av andre og det medfører sårbarhet. Vi som yter helse- og omsorgstjenester har et stort ansvar for å bruke vår kompetanse og innsikt til å sørge for at de får god oppfølging og får de tjenester de

rettmessig har krav på. *Tidlige tegn* er et kartleggingsverktøy som kan være et hjelpemiddel i dette arbeidet. Et kartleggingsverktøy kan ikke gjøre jobben alene og vil ikke fange opp alle endringer. Verktøyet, kombinert med en individuell plan og regelmessige helseundersøkelser, kan være nyttige hjelpemidler til å følge opp en person over tid.

■ frode.larsen@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Larsen FK og Wigaard E (eds.) (2009) Utviklingshemning og aldring: en lærebok pp. 1-412. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
2. Patti PJ, Amble KB og Flory MJ (2005) Life events in older adults with intellectual disabilities. Differences between adults with and without Down syndrome Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 149-155.
3. Thorsen K (2009) Opplevelsen av aldring. I Utviklingshemning og aldring: en lærebok (Larsen FK og Wigaard E eds.), pp. 401. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
4. Satge D, Culine S, Sasco AJ og Nishi M (2006) A proposal for testicular surveillance in Down syndrome. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 273-274.
5. Skorpén S (2009) Kreft hos voksne og eldre personer med utviklingshemning, Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
6. Bigby C (2004) Ageing with a lifelong disability. A guide to practice, program, and policy issues for human services professionals, London: Jessica Kingsley, Philadelphia, PA.
7. Sosial- og helsedirektoratet (2004) Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven, Direktoratet, Oslo.
8. Larsen FK og Solberg K-O (2009) Epidemiologi. I Utviklingshemning og aldring: en lærebok (Larsen FK og Wigaard E eds.), pp. 401. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
9. Prasher VP og Janicki MP (2002) Physical health of adults with intellectual disabilities, Oxford: Blackwell.
10. Jahnson R (2004) Being adult with a «childhood disease» a survey on adults with cerebral palsy in Norway. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, UiO, Unipub, Oslo.
11. Patja K, Livanainen M, Vesala H, Oksanen H og Ruoppila I (2000) Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. J Intellect Disabil Res 44 (Pt 5), 591-9.
12. Helsedirektoratet (2010). Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan, Helsedirektoratet, Oslo.
13. Larsen FK (2009) Individuell plan og registrering av tidlige tegn på sykdom og funksjonsfall. I Utviklingshemning og aldring: en lærebok (Larsen FK og Wigaard E, eds.), pp. 401. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
14. Larsen FK og Ingebrechtsen L (2008). Tidlige tegn funksjonsfall og sykdom. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
15. Ellingsen KE (2007) Helseoppfølging av personer med utviklingshemning, Oslo: NAKU.
16. Chauhan U, Kontopantelis E, Campbell S, Jarrett H og Lester H (2010) Health checks in primary care for adults with intellectual disabilities: how extensive should they be? J Intellect Disabil Res 54, 479-86.
17. Wigaard E (2011) In press. Repetert nevropsykologisk testing som metode ved kartlegging av funksjonssvikt hos eldre personer med utviklingshemning. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.



Uro og forstyrret søvnmonster: Erfaringer med aromaterapi

«For flere av pasientene var effekten av lavendel så god at det gav dem en klart bedre hverdag.»

Uro, utagering og søvnforstyrrelser er vanlige problemer hos mennesker med demens. Medikamenter har ikke alltid den ønskede effekt. Mot uro og utagering gis ofte nevroleptika, selv om studier viser at disse kun har begrenset effekt og til dels store bivirkninger (1,2,3). Undersøkelser av søvnmonstret hos sykehjemspasienter viser at særlig alvorlige søvnplager ofte finnes hos dem med demens. Bruk av benzodiazepin i behandlingen er svært vanlig, til tross for at slik behandling savner god dokumentasjon og at bivirkningene kan være betydelige, slik som tilvenning, tretthet på dagtid og fallulykker (4).

Aromaterapi

Aromaterapi er terapeutisk bruk av eteriske oljer. Terapi er måten duften tilføres på for å lindre og helbrede. Den terapeutiske bruken inkluderer ulike teknikker, som for eksempel inhalasjon, dråper i badevann eller i massasjeolje. De eteriske oljene utvinnes av planter og trær og har ulike virkninger på mennesket både psykisk og fysisk. Det er de eteriske oljene i plantene som gir dem

den karakteristiske duften og smaken. Oljene fremstilles hovedsakelig ved destillasjon eller kaldpressing (5). Aromaterapi er lite utbredt i den offentlige helsetjenesten i Norge, hvor den er definert som alternativ behandling, men den er utbredt innenfor holistisk sykepleie i andre land. Med henvisning til Florence Nightingale viser den holistiske sykepleieteoretikeren Jean Watson hvordan sykepleieren bevisst kan bruke luktesansen for å styrke pasientenes helbredelseskrefter og bidra til økt velvære, ved blant annet å henvise til aromaterapi med bruk av eteriske oljer (6). Den kjente norske aromaterapeuten Gry Fosstvedt (7) skriver: «Av alle våre sanser er ingen så mystisk som luktesansen. Dens virkning på psyken er dyp og sterk, på samme tid både innlysende og subtil». Nyere forskning viser og at luktestoffer påvirker respirasjonsmonster under søvn (8).

Bakgrunnen for vårt prosjekt

Anna Særnmo er sykepleier, aromaterapeut og leder ved Fevikun bo- og omsorgssenter i Aust-Agder. På dette sykehjemmet brukte de aromaterapi som støttetiltak til pasienter med demens som hadde problemer med uro eller forstyrret søvnmonster. Særnmo fortalte at hun brukte lavendel mot uro og søvnproblemer og citrusoljer mot depresjon og nedstemthet. Hun brukte oljene oftest i en aromamus (se bilde) som stod på pasientens rom og/eller på fellesstuene. Noen ganger smurte de en dråpe eller to direkte på pasientenes hud, for eksempel under nesen eller på armen, eller de brukte oljen i bodylotion og i fotkrem som de masserte lett inn om kvelden.

Etter samtalene med Særnmo søkte jeg i litteraturen for å finne forskning på bruk av eteriske oljer for denne pasientgruppen, deretter planla vi to å gjennomføre et pilotprosjekt.

Tidligere forskning

Flere studier har undersøkt effekten av lavendel på søvn (9-11). Det er færre studier der pasientene i tillegg har demens og er urolige, men en undersøkelse blant 70 utagerende personer med demens ble gjennomført i Hong Kong i 2007. Trettifem pasienter fikk lavendel gjennom inhalasjon i tre uker mens kontrollgruppen fikk solsikkekulje. Etter tre uker byttet gruppene. Atferden ble målt ved hjelp av egnet instrument, konklusjonen var positiv og viste en klar statistisk sammenheng mellom lavendelinhalasjon og roligere atferd:

«Lavendel er effektiv som en tilleggsbehandling for å lindre agitert atferd hos kinesiske pasienter med demens. I en pasientpopulasjon spesielt utsatt for bivirkninger av psykofarmaka kan aromaterapi med lavendel være et aktuelt alternativ.»¹ (12)

Også en mindre studie fra England viste positive effekter på urolig/utagerende atferd hos pasienter med alvorlig demens. To prosent lavendelolje ble administrert i en aromaterapiforstøver i totimers perioder alternert med placebo (vann) annenhver dag i ti behandlingssesjoner. Resultatene viste at ni pasienter (60 prosent) viste en forbedring, fem (33 prosent) viste ingen endring og én (7 prosent) ble verre. Effekten av lavendel var statistisk signifikant (13).

Det er dessuten gjort en sammenlikning av effekten av lavendel sammen med imipramine på depresjon i forhold til effekten av bare imipramine. Forsøket viste at depresjonen lettet mer hos pasientene som fikk en kombinasjon (15). I en annen studie (16) ble det festet en lapp med lavendeldråper (to dråper tre ganger om dagen) ved kraven til syv personer med demens og utagerende atferd. Konklusjonen bygger på det faktum at demens kan gi nedsatt luktesans, og studien viste at når man kun brukte lavendel som duft på denne måten, hadde den liten effekt. Forskerne i denne studien foreslo å teste ut om det er annerledes hvis lavendel påføres huden i form av massasje.

Når det gjelder citrusoljer fant vi ikke så mange studier. En studie som undersøkte effekten av bergamotolje viste at denne er lovende både for stress, angst og smerter (17), mens en studie med appelsinolje i lufteanlegg på fengsel i Nederland viste at fangene ble roligere, brukte mindre medikamenter og fikk bedre humør (18).

En studie fra 2003 viser at sitronmelisse (*Melissa officinalis*) påsmurt huden (ansikt og armer) i lotion virker dempende på utagerende atferd hos personer med demens. Syttito pasienter deltok i studien, og det var en 35 prosent bedring av utagerende atferd hos de pasientene som fikk sitronmelisseolje mot 11 prosent hos dem som ble behandlet med placebo. Pasientene som fikk sitronmelisse fungerte bedre sosialt og hadde økt livskvalitet (19).

En oversikt over studier av bruk av aromaterapi hos personer med demens konkluderer slik:

«Alle disse studiene viste en signifikant effekt på atferdsproblemer hos pasienter med demens. Det var kun marginale bivirkninger. Men det er fortsatt ikke tilstrekkelig med bevis til at man kan anbefale utstrakt bruk i klinisk praksis. Det er fremdeles et åpent spørsmål om aromaterapi er et reelt alternativ til eksisterende medikamentell behandling.»² (14)

De fleste studier viser altså til positive effekter, men foreløpig er den vitenskapelige dokumentasjonen mangelfull.

Vårt prosjekt

Etter denne gjennomgangen og med utgangspunkt i Særnmos erfaringer valgte vi å bruke lavendel i aromamus til 24 pasienter som var fordelt på fire ulike sykehjem. Pasientene ble valgt ut av ansatte som kjente dem godt, og ut fra bestemte kriterier. Alle var diagnostisert med demens og alle var plaget av forstyrret søvnmønstre og uro. Aromamus med 15 dråper 100 prosent lavendelolje ble satt på 30 minutter før pasientene la seg om kvelden og stod på hele natten hver natt i tre måneder. Pasienten ble vurdert hver fjortende dag og det ble ført daglige rapporter. Etter endt prosjektperiode ble pasientene vurdert av forsker og ansatte og plassert i fire hovedgrupper (tabell 1).

TABELL 1

Effekt	1. Klar	2. Moderat	3. Uklar	4. Ikke
Antall pasienter	10	8	3	3
Prosent	40	33,3	13,3	13,3



1-2) Artikkelforfatters oversettelse (red.)

Eksempler på beskrivelser av pasienter i de forskjellige gruppene

Gruppe 1

«Pasienten har fått mye bedre og strukturert nattesøvn. Tidligere har hun sovet ekstremt lite om nettene. Pleide å være veldig urolig og bekymringsfull, ringte ofte etter personalet. Nå er den rutinen kanalisert til dag og kveld i stedet - etterlater natten rolig. Hun sover lite på dagen nå. Hun er mer våken og opplagt, og hun har redusert bruk av Sobril.»

Gruppe 2

«Pasienten sover nå stort sett hele natten. Han er mer sosial på ettermiddagen og kan nå være med på aktiviteter. Nattevaktene mener han sover bedre enn før.»

Gruppe 3

«Han er i utgangspunktet en svært urolig pasient. Til å begynne med ble han noe roligere på natt. Rapportene viste at han sov lenger enn han pleide. Men det endret seg og han ble mer urolig og våken igjen.»

Gruppe 4

«Pasienten klarer ikke å finne roen, hun går hele tiden. Vi ser ikke noen endringer i forbindelse med lavendel-prosjektet.»

Våre erfaringer på linje med andres

Våre erfaringer støtter opp om resultatene fra tidligere forskning, og for flere av pasientene var effekten av lavendel så god at det gav dem en klart bedre hverdag. De ansatte synes det var en enkel og god prosedyre, og de likte å bruke et naturmiddel. Deres hverdag med pasientene ble også positivt endret da pasientene ble mer våkne og sosiale om dagen. Nattevaktene erfarte en tydelig endring med mer ro om nettene. Hos noen pasienter ble medikamenter seponert eller redusert. Av og til var effekten uklar. Dette kan ha ulike årsaker, som for eksempel ubehandlede smertetilstander. Med støtte fra ledelsen valgte de ansatte på disse sykehjemmene å fortsette med lavendel etter prosjektperioden, og det er nå blitt et komplementært tilbud som de har på sitt sykepleiefaglige repertoar.

Vi trenger mer forskning

Tidligere forskning og egen erfaring viser at eteriske oljer kan være et godt alternativ eller supplement som kan brukes på forskjellige måter. Vår erfaring er at lavendel i aromamus er en enkel og effektiv prosedyre med god effekt på pasienter med uro og forstyrret søvnmonster. Noen fikk også bedre humør. Tidligere forskning antyder at lavendel har positiv effekt på depresjon. Aromaterapi har ubetydelige bivirkninger og bør inkluderes i sykepleie, selv om den vitenskapelige dokumentasjonen fremdeles er mangelfull.

■ berit.johannessen@uia.no

REFERANSER

1. Selbæk G, Kirkevold Ø et al (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22:843-849.
2. Ballard C (2000) Agitation and Psychosis in Dementia». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15:11.
3. Ballard C, Day S et al. (2008) Neuropsychiatric symptoms in dementia: Importance and treatment considerations. *International Review of Psychiatry*, 20(4): 396-404.
4. Fetveit A, Bjorvatn B (2005) Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter praktiske behandlingsråd. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 125:1676-8.
5. Staalesen E (2008) Aromaterapi. I: Johannessen B (red): Komplementær og alternativ behandling. En grunnbok for sykepleiere. Oslo: Ad Notam Gyldendal
6. Watson J (1999) Postmodern nursing. New York: Churchill Livingstone.
7. Fosstvedt G (2002) Naturens duftende apotek. En innføring i aromaterapi. Oslo: Cappelen.
8. Arzi A, Sela L et al (2010) The influence of Odorants on Respiratory Patterns in Sleep. *Chemical Senses*, 35:31-40.
9. Lewith G, Godfrey AD (2005) A Single-Blinded, Randomized Pilot Study Evaluating the Aroma of *Lavandula angustifolia* as a Treatment for Mild Insomnia. *The Journal of Alternative and Complementary medicine*. 2005; 4, 631-637.
10. Goel N, Kim H et al (2005) Olfactory stimulus modifies nighttime sleep in young men and women. *Journal of Chronobiology International*, 22(5):889-904.
11. Lee IS, Lee GJ [Effects of lavender aromatherapy on insomnia and depression in women college students] (Article in Korean, [PubMed abstract in English]) *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2006 Feb;36(1):136-43.
12. Wan-ki Lin, Chan, Fung-leung Ng et al (2007) Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 22: 405-410.
13. Holmes C, Hopkins V et al (2002) Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4):305-8.
14. Holmes C, Ballard C (2004) Aromatherapy in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 296-300.
15. Akondzadeh S, Kashani L et al (2003) Comparison of *Lavandula angustifolia* Mill. tincture and imipramine in the treatment of mild to moderate depression: a double-blind, randomized pilot study. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 123-127.
16. Snow L, Hovanec L et al (2004) A Controlled Trial of Aromatherapy for Agitation in Nursing Home Patients with Dementia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 3:431-437.
17. Bagetta G, Morrone LA (2001). Neuropharmacology of the essential oil of bergamot. *Filoterapia*, 81,453-461.
18. Rambøl IB (2008) Appelsinens hemmelighet. *Aftenposten* 20.06.
19. Ballard C, O'Brien J et al (2002) Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 553-558.



■ Gjertrud Eggen, demenssykepleier, Hol kommune.
Kari Rudningen Fossli, prosjektkoordinator, Undervisningssykehjemmet
i Buskerud, Ål kommune

Pårørendearbeid ved tidlig demensdebut

– en utfordring for små kommuner

Demens rammer også personer som ikke har nådd pensjonsalderen. I Norge vil det sannsynligvis være mellom 1200 og 1500 personer med demens som er yngre enn 65 år. Det kan være store mørketall, fordi mange yngre personer med begynnende demens får et mangelfullt diagnostisk tilbud og feildagnostisering forekommer (1).

For små distriktskommuner er det en utfordring å gi yngre personer med demens¹ og deres pårørende kunnskap, informasjon og hjelp i tidlig fase.

Kommunene Hol og Ål har i flere år arrangert pårørendeskole. Her deltok også pårørende til yngre personer med sykdommen demens. Disse pårørende hadde andre utfordringer enn pårørende til eldre personer med demens. Utfordringene var blant annet at begge ektefellene var i yrkesaktiv alder da sykdommen ble diagnostisert. De hadde også foreldreansvar til tenåringer. Familiene hadde et stort behov for kunnskap



EN HELG: Kommunene Ål og Hol inviterte yngre personer med demens og deres pårørende til helgesamling. (Foto: Privat)

om sykdommen. De ønsket også informasjon om rettighetene og hvilke tilbud kommunene hadde for yngre personer med sykdommen demens og deres familier.

Det viste seg at kommunene Ål og Hol ikke hadde noen tilrettelagt tilbud for yngre personer med demens, og det fantes heller ikke samtalegrupper eller likemannsarbeid. I 2009 tok Hol kommune i samarbeid med Undervisningssykehjemmet i Ål kommune initiativ til å arrangere et helgekurs på Sole hotell. Vi antok at en gruppe på fem yngre personer med demens sammen med pårørende ville være ideelt. Fylkesmannen i Buskerud gav økonomisk støtte til å gjennomføre helgesamlingen.

¹) Når vi i det videre bruker betegnelsen yngre personer med demens, sikter vi til personer under 65 år.



FIN UTSIKT: Pårørendekurset ble holdt på Sole hotell, som ligger rett ved Krøderfjorden. (Foto: Privat)

Planleggingsfasen

I planleggingsfasen tok vi kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse for å få kjennskap til liknende prosjekter. Det ble gjennomført et prosjekt ved Alderspsykiatrisk poliklinikk i Molde våren 2004. Formålet med prosjektet var samtalebehandling i grupper for yngre pasienter med demens (2). Det har også årlig fra 2007 blitt arrangert en fem dagers samling for yngre personer med demens og deres partnere der det er vektlagt faglig påfyll og sosialt samvær (3). I planleggingsfasen fikk vi dessuten gode råd fra seniorforsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Per Kristian Haugen, og rådgiver hos Fylkesmannen i Buskerud, Johanne Hage.

Målsetting:

- Å øke kunnskapen i familier der yngre personer er rammet av demens
- Å gi pårørende et fellesskap der de kan møte andre i samme situasjon og dermed dele reaksjoner og følelser
- Å gi yngre personer med demens mulighet til veiledning og informasjon fra fagpersoner
- Å samle erfaring med å arrangere samlinger som kan gi overføringsverdi til andre kommuner.

Kursinnhold:

- Hva er demens? Årsaker, typer, kjennetegn, kommunikasjon, behandling
- Å leve med forandringer og trussel om forandring ut fra ståstedet til både den syke og de pårørende
- Behandling med medikamenter: virkninger og bivirkninger
- Tips- og erfaringsutveksling om ulike støtteordninger og tjenester fra hjelpeapparatet

- Samtalegrupper for personer med demens, egne samtalegrupper for ektefelle/samboer og for barn
- Sosialt samvær.

Kursholdere var seniorforsker Per Kristian Haugen og stipendiat Aud Johannessen, begge Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og overlege Hege Marie Dalsveen ved Sykehuset Buskerud, alderspsykiatrisk avdeling.

Deltakerinvitasjon til flere distriktskommuner

Vi som kursarrangører hadde bare oversikt over aktuelle familier i kommunene Ål og Hol. Vi antok at andre små distriktskommuner også opplever lignende problemstillinger og utfordringer. Vi sendte derfor invitasjon via alle legekantorene til kommunene i Hallingdal og Numedal. Responsen var liten. Vi tok derfor kontakt med spesialisthelsetjenesten for å spørre om de hadde aktuelle deltakere. Det endte med påmelding fra fire familier fra tre kommuner i Buskerud med til sammen ni deltakere. Deltakerne var yngre personer som hadde diagnosen demens, ektefelle/samboere og barn. Vi ønsket flere påmeldte, men i samråd med foredragsholderne bestemte vi oss allikevel å gjennomføre kurset fordi vi mente at det ville ha stor nytteverdi for familiene som ønsket å delta.

Erfaringer ved gjennomføring

Vi startet kurset fredagskvelden med en felles båttur. Turen ga oss anledning til å bli kjent med hverandre og vi fikk et godt grunnlag for videre samhandling.

Lørdag reiste vi som kursledere på tur sammen med dem som var rammet av demens, mens pårørende deltok på demenskurs. Samlingen på lørdag vekslet mellom undervisning og gruppesamtaler. Samtalegruppene ble ledet av Per Kristian Haugen og Aud Johannessen. Et

viktig tema i gruppesamtalen handlet om samvittighet og åpenhet. En person med lett demens ønsket alene-samtale med psykolog, og tilbakemeldingen var at dette opplevdes svært nyttig.

Søndagen var temaet «Tips og erfaringer i forhold til ulike støtteordninger og hjelp fra hjelpeapparatet». Her ble det lagt vekt på generell informasjon. Ettersom pårørende hadde ulike erfaringer med hjelpeapparatet burde vi i større grad lagt vekt på erfaringsutveksling og den gode samtale. Hege Marie Dalsveen hadde gjennomgang av virkninger og bivirkninger av medikamenter, noe flere opplevde som nyttig informasjon.

Gjennom hele helgen hadde vi felles måltider. Det styrket samholdet og bidro til å skape en lett og god stemning. Vi var mye ute ettersom været var varmt, og omgivelsene hadde fine parkanlegg.

Som kursarrangører opplevde vi at deltakerne nærmet seg mer det som var vanskelig og fikk noen redskaper med seg på veien videre.

Evaluering og samtale etter to-tre måneder

Ettersom vi hadde vært sammen med familiene en hel helg, ønsket vi å følge opp kursdeltakerne og samtidig få en tilbakemelding om hvordan de hadde opplevd helgen. Vi valgte å vente i to-tre måneder før vi kontaktet dem med tilbud om ettersamtale. Hvis familien ønsket å ha samtalen hjemme, avtalte vi hjembesøk.

I denne samtalen ble følgende spørsmål drøftet:

- Har kurset medført økt forståelse av sykdommen?
- Har det dukket opp nye spørsmål om demens i etterkant av kurset?
- Har tanker og følelser omkring sykdommen endret seg?
- Har du en spesiell kontaktperson?
- Har du behov for individuelle samtaler, eventuelt med fastlege?
- Har du ønsker om / behov for oppfølging fra hjelpeapparatet?

I samtalen gav pårørende uttrykk for at de hadde mer kunnskap om hva de kunne forvente av hjelp og støtte fra hjelpeapparatet etter helgesamlingen. Noen hadde takket ja til mer hjelp fra kommunen. De la også vekt på nødvendigheten av å ha en fast kontaktperson, en samtalepartner. Det å være sammen en hel helg opplevde ektefellene positivt, og de gav tilbakemelding om at det var fint å være et sted der det var tilrettelagt både for den syke og pårørende. De satte også stor pris på å være på et hotell, der de fikk god mat og service. For barna ble en helg litt for lenge, de ville nok hatt like stort utbytte av en dagssamling. Pårørende har videre formidlet at de har fått svar på en del spørsmål og større innsikt i sykdomsforløpet. De "slapper mer av" i forhold til sykdommen, tenker ikke så mye på det. Flere av pårørende la vekt på at dette tilbudet burde vært gitt i en tidligere fase i demensutviklingen.

Konklusjon

En forutsetning for å skape et tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende, er at små distriktskommuner samarbeider. Vi erfarte at disse fire familiene satte stor pris på et tilbud der de fikk mulighet for å treffe andre i samme situasjon. På helgekurset kunne de dele følelser og erfaringer med hverandre. Familiene hadde også stort behov for informasjon og kunnskap om demens i tidlig fase. For at både den som er rammet av demens, ektefelle/samboer og barna skal bli møtt, må tilbudene tilpasses de individuelle behov med samtale og oppfølging. Spesielt var det nyttig for pårørende å få veiledning av erfarne fagfolk med fokus på å tilpasse seg en livssituasjon der en i familien er rammet av demens. Familiene satte også stor pris på å være på et hotell, der programmet spesielt var tilrettelagt for gruppen yngre personer med demens og deres pårørende.

■ gjertrud.eggen@hol.kommune.no
kari.fossli@aldringoghelse.no

LITTERATUR

1. Rosness TA, Haugen PK, Passant U & Engedal K. (2008) Frontotemporal dementia: a clinically complex diagnosis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23, 837-42.
2. Wogn-Hensriksen K. «Er jeg den eneste i hele verden som har det sånn?» Samtalegrupper for yngre personer med demens. *Demens* 2005; nr 3.
3. Eidem Krüger R. Støtte også til den friske ektefellen. *Demens* 2007; nr 3.

Produsent | Karoline Husjord
Regissør | Even Torgan
I hovedrollen | Fredrik Stenberg Ditlev-Simonsen

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Ny norsk novellefilm: Demens sett med unge øyne

*Fredrik Stenberg Ditlev-Simonsen
(19) spiller hovedrollen i en ny
novellefilm om demens.*

*Filmskaperne Karoline Husjord (20)
og Even Torgan (19) forteller
historien fra sitt unge ståsted.
– Dette blir ingen tradisjonell
informasjonsfilm, lover de.*

Det var et Brennpunkt-program om demens (NRK, mai 2010) som satte de unge filmskaperne sinn i sving. Av filmen fremgikk det at mange yngre personer også rammes av demens.

– *Hva slags liv får en tenåring når en av foreldrene utvikler en demenssykdom? Og hvilken dynamikk oppstår i en familie som havner i en slik situasjon? Dette ble et helt nytt tema for oss. Vi hadde hørt en del om demens fra før, men forbandt det i hovedsak med gamle mennesker og dårlig hukommelse*, forteller Karoline Husjord og Even Torgan, henholdsvis produsent og regissør for novellefilmen Pyramiden, som etter planen skal vises første gang under Demensdagene 2011.

Gåtefull tilstand

Etter å ha gjort litt research fant de to vennene ut at de ville gå grundigere inn på problemstillingen:

– *Det er fortsatt så mange gåter rundt demenssykdommene. Vi fant flere filmer om demens, men de fleste fortelles fra de gode, sterke medmenneskenes synsvinkel. Vår film blir annerledes fordi den handler om en ungdom som ikke får den støtten han burde ha fått, og som blir veldig alene om det hele.*

HVA SKJER:
Moren til Eivind utvikler demens. Moren (t.h) spilles av Elisabeth Heradstveit, her sammen med sin venninne (Kari Simonsen).
Foto fra innspillingen.





OM PYRAMIDEN

- Novellefilmen *Pyramiden* forteller historien om Eivind (16 år), som opplever at moren Kjersti får demens. Seerne vil møte en gutt som må skyndte seg med å bli voksen og en familie som strever med å ta de vanskeligste valgene i tide.
- I rollen som Eivind møter vi Fredrik Stenberg Ditlev-Simonsen (19). Moren i familien, Kjersti, spilles av Elisabeth Heradstveit, mens Kari Simonsen spiller Kjerstis venninne Birgitte.
- Du kan følge arbeidet med filmen via facebooksidene *Novellefilmen Pyramiden*.

UNG FILMTRIO:

Regissør Even Torgan (t.v.),
hovedrolleinnehaver
Fredrik Stenberg Ditlev-Simonsen
og Pyramidens produsent
Karoline Husjord.

Karoline og Even involverte seg begge i manusarbeidet, men rollen som produsent og innspillingsleder har vært Karolines.

– Det har vært spennende å lage film om et så seriøst tema sammen med en humorskolert regissør. Even har erfaring fra skoleteater, så han tør å leke. Dermed fikk vi også med oss livskraft og galgenhumor inn i prosjektet. Vi har snakket mye om hvordan vi kan formidle håp i alt det vanskelige, og da virker latter som en forløsende faktor, sier hun.

Ung, men erfaren

Filmens hovedperson Eivind spilles av 19 år gamle Fredrik Stenberg Ditlev-Simonsen, som tidligere har spilt hovedrollen i filmen «Da jeg traff Jesus ... med sprettert». Fredrik er elev ved dramalinjen på Hartvig Nissen videregående skole i Oslo, der de to initiativtakerne også har gått. Han kjenner ingen som har opplevd noe som likner det Eivind går gjennom, og har ingen egne erfaringer knyttet til demens.

– Jeg følte likevel at innspillingen gikk greit. Vi hadde gjort et grundig forarbeid, og både jeg og Elisabeth Heradstveit (som spiller Fredriks mor Kjersti) har deltatt i møter med pårørende og hørt deres historier. Vi besøkte Oslo kommunes sykehjem Villa Enerhaugen, som siden 2003 har hatt et eget tilbud til yngre personer med demens, og fikk også anledning til å møte pasientene der, sier Fredrik.

Viktige støttespillere

Filmen er spilt inn en rekke ulike steder i Oslo, deriblant i nevnte Villa Enerhaugen og i et bolighus de fikk låne.

– Det er så mange som har villet oss vel underveis. Bortsett fra dem vi har hyret inn på grunn av deres tekniske kompetanse, har hele teamet jobbet gratis, forteller Even.

Men for å lage film må man ha i hvert fall litt penger, og *Pyramiden* er budsjettet til å koste 300 000 kroner.

– Vi søkte og fikk økonomisk støtte fra Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonalt kompetanse-

senter for aldring og helse. De har også vært uvurderlige støttespillere underveis. Hele settet fikk blant annet undervisning om demens, sier Karoline.

For unge pårørende

Filmen er planlagt til å bli vel 30 minutter lang. Handlingsforløpet går over tre år, og alle opptak er nå gjort. Utover høsten skal råmaterialet klippes og ferdigstilles, deretter skal musikken legges på. Filmen vil bli distribuert av Forlaget Aldring og helse.

– Etter avtale med våre støttespillere skal den kunne brukes av aktuelle miljøer, deriblant på pårørendeskoler. Filmen kan kjøres scenevis, som utgangspunkt for undervisning og videre drøfting. Vi har også tenkt å ta den med til ulike filmfestivaler, forteller Karoline og Even, som selv er godt fornøyde med det de har utrettet så langt:

– Ikke minst med det tidsriktige utstyret vi har benyttet. Mange unge mennesker har bidratt og vi har skutt på et kamera som gir filmen en moderne kvalitetslook. Vi føler at vi har vært veldig heldige med de to hovedrolleinnehaverne. Før vi kunne si ja til å gå inn i et så vanskelig tema ville vi forsikre oss om at vi hadde med oss skuespillere som kunne bære historien. Vårt sentrale ønske med Pyramiden er å lage en film som kan være til hjelp for unge pårørende som opplever å miste sine kjære på grunn av en demenssykdom. Ved å vise en historie om et barn som ikke får den støtten han trenger, håper vi å formidle at det er lov å være sint og lei seg, og at man ikke er alene i å føle skam og skyld.

Det er samtidig viktig å poengtere at dette er én historie. Det finnes ingen fasit, så flere vil sikkert se filmen og si: Sånn var det ikke for meg. Det er også helt ok.

Dikt ga tittel

Da Karoline Husjord og Even Torgan hadde skrevet referat etter sitt første møte om en mulig film i juni 2010, lette de etter et kodenavn som de kunne merke mappen med.

– Vi søkte litt rundt og fant til slutt et dikt om Alzheimer der pyramiden blir brukt som en metafor på det en person med demens opplever; at vedkommende beveger seg nedover, fra toppen til bunnen av en trapp. Navnet gir assosiasjoner til pyramidene i Egypt, som for oss fremstår som et veldig mystisk tema, i likhet med alt som har med demens og Alzheimer å gjøre. Tittelen ga seg nærmest selv, forteller de.



LAGER FILM: Deler av crewet samlet siste innspillingsdag. Even Torgan, Desiree Isabel Bøgh Vaksdal, Andrea Berentsen Ottmar, Fredrik Ditlev-Simonsen, Rita Josefine Dalsbø, Aslak Maurstad, Elisabeth K. Heradstveit, Karl Wilhelm Tjensvoll, Karoline Husjord, Kristoffer Myhre, Mattias Müller, Even K. Garvang, Jon-André Hakvåg, Hilde Finnseth, Aurora Berentsen Ottmar og Embla Hegge Perry.



Anne Brækhus

Leger og førerkortvurdering – en utfordring



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

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

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



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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



■ Torhild Holthe, forsker og ergoterapispesialist i eldres helse, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

■ Foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Hjemme bra – borte best?

Om fysisk miljø for personer med demens

Tilrettelegging av fysisk miljø for personer med demens er viktig for trivsel og velvære, og på en utstilling i Bergen fikk D&A møte Erlend Bleken som har skrevet masteroppgave om dette temaet.

MASTERSTUDENT: Erlend Bleken.



Masterstudent Erlend Bleken ved Kunsthøgskolen i Bergen har studert fysisk bomiljø for personer med demens i inn- og utland. Han er opptatt av å skape omgivelser som bidrar til en aktiv og engasjert hverdag, slik at eldre får en verdig alderdom.

I Norge har ideen om at «smått er godt» slått an, og det er vanlig å bygge boenheter for personer med demens med seks til åtte beboere. Dette gjelder for bogrupper både i omsorgsbolig og i sykehjem.

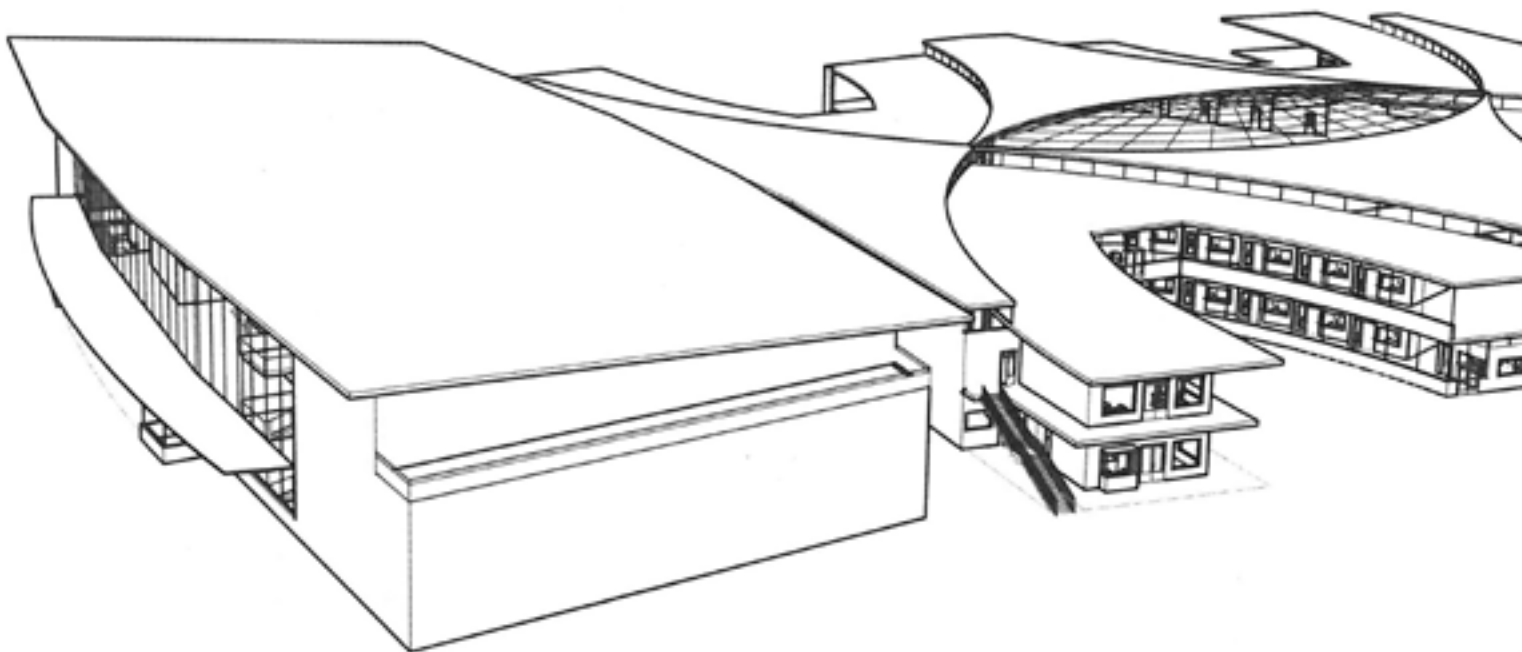
Mange slike bygg har adgang til sansehager. Likevel skrives det i aviser at beboerne ofte er passive, og det satses nå mer på opplæring og kompetanseheving i bruk av aktiviteter og metoder for å stimulere beboerne.

Erlend Bleken har nylig tatt sin mastergrad ved Avdeling for design ved Kunsthøgskolen i Bergen (KHIB). Han har tidligere arbeidet som systemutvikler, men måtte omskolere seg av helsemessige årsaker. Hans interesse for demens og omgivelser har personlige årsaker.

– Mitt første møte med sykehjemmet var da jeg besøkte min bestefar som hadde Parkinsons sykdom og bodde på et sykehjem. Det virket som om han var mye alene, og rommene der var triste og sykehusaktige. Da jeg skulle i gang med masteroppgaven, så jeg en mulighet til å fordype meg i temaet fysiske omgivelser på sykehjem.

– Hvor lærte du om demens?

– Til å begynne med leste jeg bøkene til den nederlandske psykogerontologen Buijssen, og til John Zeisel, en amerikansk sosiolog (PhD) som har bygget opp Hearthstone Alzheimer Care og forsker på bomiljø for personer med demens. Så reiste jeg rundt og observerte miljøer og aktiviteter på forskjellige sykehjem og demensavdelinger. Dessuten har jeg snakket med ulike



SENTRALT: Det store atriets midt i bygget.
Ill.: Erlend Bleken



fagpersoner. Jeg søkte Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse om tilskudd til en konferanse og studietur til USA. Det var veldig spennende. Der så jeg bomiljøer hvor beboerne virket mye mer aktive, engasjerte og i bevegelse enn de passive og stillesittende eldre jeg hadde observert her hjemme. Mange steder hadde de skapt gode fysiske miljøer – mer hjemlige og mindre institusjonspregede – til og med i en bogruppe som lå i syvende etasje i en skyskraper på Manhattan.

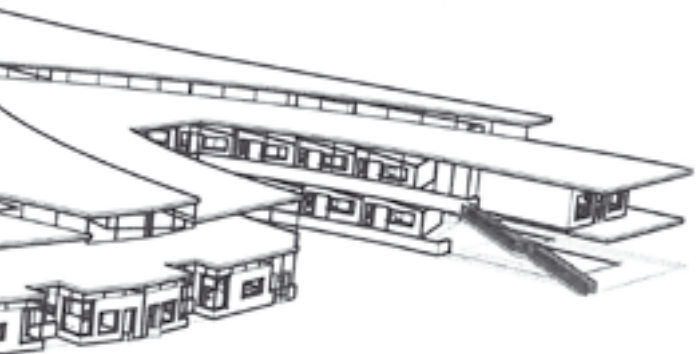
Konseptløsning

I forbindelse med mastergradseksamen arrangerte studentene en utstilling på Kunstindustrimuseet i Bergen 5. -15. mai 2011. Erlend Bleken presenterte sitt forslag til bomiljø for eldre personer i en mellomfase av demens, det vil si at de fortsatt er rørlige og relativt selvhjulpne. Problemstillingen i masteroppgaven hans er «Hvordan kan man skape et fysisk bomiljø som bidrar til økt livskvalitet for personer med demens med behov for heldøgns pleie?»

– Hva er det nye i ditt konsept?

– Jeg er opptatt av å skape omgivelser som ivaretar grunnleggende bokvalitet, gir muligheter til stimulering og en engasjert hverdag og sikrer et sosialt liv. Jeg er enig i at man må ha mindre bogrupper som gir mulighet for skjerming, men jeg mener at vi trenger noe mer – som oppmuntrer til at folk får tatt seg selv i bruk. Vi må ha tilgang til et større fysisk område som gir variasjon og fri bevegelse, og som kan stimulere oss til å oppsøke steder hvor vi kan oppleve noe og treffe andre mennesker. Jeg er også inspirert av såkalt biophilic design, det vil si at jeg ønsker å inkludere elementer fra naturen inn i bygget. Her har jeg latt meg inspirere av St.Olavs

INSPIRASJON: – Det jeg er mest opptatt av er å skape et fysisk miljø som motvirker stillesitting og inspirerer beboerne til å gå, oppleve og sanse, sier Erlend Bleken.



BOLIG FOR FREMTIDEN? Erlend Bleken har tegnet en konseptløsning i to etasjer, hver med fire tun à ti beboere organisert i en halvsirkel. Han vil skape rom for engasjerte hverdager for personer med demens i et sosialt miljø som gir beboerne følelse av å mestre og delta. Ill.: Erlend Bleken

Hospital i Trondheim og deres bruk av tre og store naturbilder.

Erlend Bleken har tegnet en konseptløsning i to etasjer, hver med fire tun à ti beboere organisert i en halvsirkel. Bomiljøet er oversiktlig, med siktlinjer til sentrale funksjoner. Tilgang til dagslys og sol har han forsøkt å ivareta på en god måte. Det er solterrasse og drivhus i den sørlige enden av bygget. I tillegg til hage med gangveier rundt hele bygget, er det en atriumshage inne, med trær, blomster og vann og med glasstak over. Det er utganger til hagen fra hvert tun med adgangs-kontroll og tidsstyring.

– Det er tenkt trapp og heis opp til andre etasje, som også har en balustrade som omkranser atriets og med utsikt til atriumshagen. Jeg har viet mye oppmerksomhet til å skape variasjon og ulike atmosfærer i fellesrom som stuer, spisestue gjennom bruk av naturmaterialer og naturbilder, hvor jeg også har valgt ut farger basert på paletten fra disse bildene.

Videre har jeg tenkt at bomiljøet bør ligge i tilknytning til et administrasjonsbygg, som kan inneholde kontor for lege, fysioterapeut, psykolog og hjemmetjeneste, samt at det er rom for dagsentervirksomhet, eldresenter og kafé. Parkeringen skal være under huset, så den ikke opptar verdifullt uteareal.

– Har du regnet ut pris per kvadratmeter?

– Nei, det har jeg ikke. I studiet har vi blitt bedt om å tenke prinsippielt og å fokusere på overordnede løsninger og konsepter. Det jeg er mest opptatt av, er å skape et fysisk miljø som motvirker stillesitting og inspirerer beboerne til å gå, oppleve og sanse. I det hele tatt å skape en engasjert hverdag i et sosialt miljø som gir beboerne følelse av å mestre og å delta.

Jeg takker for praten og ønsker lykke til. Og jeg undrer: Kanskje er det på tide å tenke nye tanker om utforming av fysisk miljø for personer med demens? Verden forandrer seg, og vi med den. Kanskje den kommende generasjon av beboere i slike bogrupper har litt andre behov enn dagens beboere?

■ Tekst: Beate Magerholm, prosjektmedarbeider ved Villa Fredrikke aktivitetshus

Frivillige hender i demensomsorgen

For å møte fremtidens omsorgsutfordringer må det tenkes nytt, og Drammen kommune satser på å legge til rette for at frivillige kan være med i dette arbeidet. Det er viktig å skape en god modell for frivillighet i demensomsorgen, og stikkord i dette arbeidet er kunnskap, trygghet og sosialt fellesskap.

Ved Villa Fredrikke aktivitetshus i Drammen arbeider frivillige side om side med kommunalt ansatte for å gi et innholdsrikt tilbud til personer med demens i tidlig til moderat fase og til deres pårørende. Det er avsatt en stilling som skal ivareta de frivillige, og det jobbes målrettet for å gi dem den kompetansen de trenger for å føle seg trygge i arbeidet med denne målgruppen.

Nå åpner kommunen også for deltakelse i studiearbeid knyttet til Demensomsorgens ABC.

Det å inkludere frivilligheten i det kommunale kompetansehevingprosjektet er nyttig for å sikre frivillige med riktig kompetanse, men det er også en anerkjennelse av den enkelte medhjelper. Laila Wiig Krogh er en av dem som synes det er flott å bli inkludert i den bedriftsinterne opplæringen.

– Jeg er imponert over å ha fått dette tilbudet, og et slikt kunnskapsløft vil gjøre meg tryggere i rollen som frivillig, sier hun.

Dette er en del av en lengre artikkel om de frivilliges arbeid ved Villa Fredrikke aktivitetshus. Artikkelen kan leses i sin helhet på www.demensinfo.no.



GIR TRYGGHET: Laila Wiig Krogh er aktiv deltaker i ABC-opplæringen ved Villa Fredrikke. – Et slikt kunnskapsløft vil gjøre meg tryggere i rollen som frivillig, sier hun.



Laurel Humble fra MoMa i New York har en demonstrasjon på Nasjonalgalleriet, der Manets bilde Mrs. Manet in the Winter garden blir analysert slik det ville blitt i The Alzheimers Project.

■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Lager museumstilbud for demensrammede

I mai ble det avholdt et nasjonalt seminar om demensprosjektet «Møte med Minner» på Teknisk Museum i Oslo. Målet er oppstart av lignende tilbud på landsbasis. Seminaret bød på innlegg både fra fagmiljøene og formidlere i museumssektoren, deriblant Museum of Modern Art, New York.

En sjeldent sammensatt målgruppe representerte tilhørerne, med omtrent halvparten fra hvert ståsted: Ansatte i museene og ansatte i demensomsorgen utgjorde de rundt hundre deltakerne.

«Møte med minner» heter museumstilbudet for personer med demens. De som står bak er Oslo Museum avdeling Bymuseet, Norsk Telemuseum, Norsk Teknisk Museum og GERIA – Oslo kommunes ressurscenter for demens/alderspsykiatri. Sammen har de utviklet det nyskapende tilbudet med overføringsverdi på nasjonal basis. De inviterte til seminaret sammen med Nasjonalmuseet.

Bakgrunnen for arrangementet var at det skal inspirere til oppstart av tilrettelagte museumstilbud ellers i landet, i forbindelse med at museene har fått 250 000 kroner i støtte fra Norsk kulturråd for å videreutvikle tilbudet og gjøre prosjektet nasjonalt. Ønsket var også å skape en tverrfaglig møteplass for dialog og inspirasjon, og skal vi dømme etter deltakernes engasjement under innleggene og i pauser, greide de det.

– Ser dere hva dette er, spør Kjersti Lund pedagogisk. Omviseren på Teknisk Museum demonstrerer for seminar-deltakerne hvordan hun ville hatt en *Møte med minner*-samling for en gruppe personer med demens.

Innholdsrikt program

Programmet var variert, og bød blant annet på:

- Konferanse og dialog til inspirasjon: Museene som erindringsarena for personer med demens
- Museene i 2011: Tilbud og ansvar for marginaliserte grupper
- Museum of Modern Art presenterte sitt banebrytende Alzheimerprosjekt *Meet Me at MoMA*, med galleridemonstrasjon for deltakerne
- Innlegg fra Kulturrådet, Knut Engedal, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Wenche Frogn Sellæg, Nasjonalforeningen, leder i rådet for demens
- Møte med minner, presentasjon av det unike museumsprosjektet i Oslo
- Eksempler på andre tilrettelagte kulturaktiviteter for personer med demens
- *Mind gap*, en kritikerrost utstilling om hjernen
- Politisk debatt
- Prosjektet *Forglemmegei*.

Inspirert av MoMA

Geria og deres samarbeidsmuseer var allerede i gang med sitt prosjekt da de fikk kjennskap til hvordan Museum of Modern Art (MoMA) i New York tilrettelegger besøk for denne publikumsgruppen. En del av prosjektgruppen dro på studietur til New York, og på seminaret kom MoMAs formidlere på gjensitt til Oslo for å fortelle om sitt tilbud for demensrammede.

Galleridemonstrasjon

Deltakerne fikk en levende formidlet galleridemonstrasjon på Nasjonalgalleriet ved Amir Parsa og Laurel Humble, The Museum of Modern Art's Alzheimer Project. En omvisning for personer med demens krever innsikt i hva demens er og hvordan sykdommen arter seg. Gruppene er mindre, og tidsrommet kortere, fordi konsentrasjonen ikke alltid bærer gjennom en lang rundtur.

De tok utgangspunkt i et maleri og gikk inn i dialog med deltakerne om hva som ble observert, hvordan det kunne beskrives, tolkes, knyttes opp mot eget liv og hvordan man kunne konkludere. Gjennom dialogen blir gruppelemmene tatt på alvor, de får en opplevelse av å være noe annet enn bare pasient, de får en kunstopplevelse, og det gis rom og tid nok til at sykdommen ikke er til hinder for den gode opplevelsen. På nettadressen www.moma.org/meetme er det mer informasjon å hente om det vellykkede, fire år gamle Alzheimerprosjektet som har spredd seg til en rekke institusjoner i USA.



Møte med minner

Deltakerne fikk også en demonstrasjon i museenes utstillinger, slik *Møte med minner* foregår.

Seminar-deltakerne ble delt i grupper, og i vår gruppe var det omviser Kjersti Lund på Teknisk Museum som fortalte hvordan hun sammen med en kollega vil stå ute og ta imot gruppen på mellom fem og ti deltakere. Inne i museet har de tre stopp totalt, og legger vekt på å skape en atmosfære av ro og trygghet. Omvisningen foregår på mandager, når museet er stengt for øvrig publikum.

Ved hjelp av dikt, sanger, bilder, rekvisitter og lyd-kulisser tas de besøkende tilbake til en tid de kjenner igjen, og det hele er satt sammen av en rekke små historier som inngår i en helhet, og der det er opp til hver og en hvor mange slike enkeltseanser han orker å gå inn i.

– Vi gjentar ofte historiene, samtidig som vi passer oss for å bli overpedagogiske, forteller Lund.

Ispedd sang og forflytninger varer det omtrent 45 minutter. Det hele avsluttes med kaffe og kjeks i kantinen. – Da pleier ofte tungebåndene å løsne. Mange minner om barndom og tidlig voksenliv deles mellom deltakerne, som har fått trigget hukommelsen i gjensyn med gamle dagers klesdrakter, arbeids- og fritidsliv, krigen, kongefamilien med mer, forteller Lund. Hun opplyser at museet har fått god respons på prosjektet og regner selv konseptet som svært vellykket.

Les også:
Kunst? Ja! En opplevelseshende tilrettelagt for personer med hukommelsessvikt.
Demens&Alderspsykiatri nr.1-2009.

Rock & Rullator på festival i Lørenskog



*Fysisk aktivitet er en viktig del
av hverdagene for brukerne ved
Finstad dagsenter for demens.*

*Deltakelsen i Lørenskog
Rullatorfestival ble et høyde-
punkt for de ivrige trimmerne.*

Flere hundre mennesker var samlet i Lørenskog park da ordføreren med en festpyntet rullator i front slo an tonen for historiens andre, norske rullatorfestival:

– *That's all right mama*, sang Åge Tovan, så hele forsamlingen rocket med. Og fremst i rekka danset brukerne fra Finstad dagsenter for personer med demens.

Tvinges til nytenkning

Avdelingsleder Maj-Britt Zagory forteller at det er de stadig yngre brukerne av Finstad dagsenter for personer med demens som har fått henne til å satse så sterkt på trim.

– *Det er uaktuelt for dem å sitte stille og strikke eller sy hver eneste dag. For denne brukergruppen, som kommer rett fra treningssentra og andre aktiviteter, er vi nødt til å tenke nytt. I første omgang satset vi på fysisk aktivitet, men nå skal vi også kjøpe inn en iPad, så brukerne kan lese nettaviser og spille litt spill*, smiler hun.

Populært tilskudd

Mestring er ett av de viktigste stikkordene i avdelingslederens vokabular.

– *Fordi mestring gir glede! Vi kjøpte blant annet ei tredemølle og en trimsykkel, og ser at brukerne har stor glede av å bruke disse apparatene. For denne gruppen betyr de daglige spaserturene også svært mye*, opplyser Maj-Britt Zagory videre.

Dag Løkling Vang er med sine 64 år en av dagsenterets yngste. Han er også en ivrig trimmer. Skrittene blir lette og smilet bredt når tredemølla skyter fart.

– *Åh, så moro dette er*, stråler lørenskogmannen.



TRENINGSMÅL: – I dag er det fest, stråler Edel Melgaard (t.v.) og Ingeborg Birkelund.



SANG I GANG: – *That's all right mama*, sang ordfører Åge Tovan (t.h.) og Finn Evensen.



IVRIGE: – *We are the champions*, og aktivtør Kristin Nygård (t.v.)



PÅ LUFTGITAR: – Jag är en riktig raggare, jublet fra venstre Dag Løking Vang (64), Tomas Tangen, Maj-Britt Zagory, Liv Reidun Rostad og resten av gjengen fra Finstad dagsenter.

Samhandling og forebygging

Rullatorfestivalen har vært ett av flere treningsmål for den ivrige gjengen fra Finstad. Bak arrangementet står elever ved Mailand videregående skole, Lørenskog kommunes pleie- og omsorgstjeneste samt helse- og kulturtjenesten.

– Hos oss går vi rett inn i samhandlingsreformen, med praktisk samhandling og forebygging. Så bra blir det når vi bare slår oss sammen, avsluttet ordfører Åge Tovan sin åpningstale.

Og dermed var marsjen i gang. Med oppvarming i Rådhusparken, en rekke innlagte konkurranser underveis og felles lunsj samt premieutdeling i Lørenskog Hus etter avsluttet økt. Vi lar bildene fortelle resten av historien.



ROCKER: – Stadig yngre brukere tvinger oss til å tenke nytt, sier avdelingsleder Maj-Britt Zagory ved Finstad dagsenter.



sang 97 år gamle Helga Johansen fra Rolvsrud dagsenter.



MESTRING GIR GLEDE: Brukere og ansatte ved Finstad dagsenter deltar med glede i marsjen.



GODT JOBBA: Ordfører Åge Tovan gratulerte Knut Eriksen med målgang.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



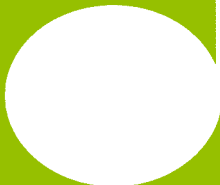
Vi minner om

DEMENS DAGENE 2011

Oslo Kongressenter 29.-30. november 2011

Les mer på www.aldringoghelse.no

Stiftelsen



Leon Jarners
Minnefond

Leon Jarners Forskningspris 2011

Leon Jarners Forskningspris 2011 vil bli utdelt under Demensdagene onsdag 30. november. Prisen er på kr. 50.000,-. Les mer på www.aldringoghelse.no

Søknad sendes innen 1. oktober 2011
som e-post til toril.utne@aldringoghelse.no
eller per post (4 eksemplarer) til

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
v/Toril Utne
Med. divisjon, bygn. 37
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
0407 Oslo

K R O N E R
50.000



2012 KURSKATALOG

Kurs, konferanser og studietilbud

Se mer informasjon på
www.aldringoghelse.no



Kirsti Hotvedt

Etablering og drift av pårørendeskoler

Kunnskap, støtte og
fellesskap for pårørende
til personer med demens



36 sider, kr 50,-

 **Aldring og helse**
Nasjonalt kompetansesenter

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



21. Nordiske kongress i gerontologi

København 10.-13. juni 2012

Les mer om kongressen på **www.21nkg.dk**

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 meningsytringer. De kan sendes til nevnte mailadresse eller til: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, ved Bente Wallander, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG



D&A går i dybden – og i bredden

Kommer:

- Bruk av Individuell plan (IP) for hjemmeboende personer med demens
- Samhandling
- Kveldsåpent i Molde
- Nye bøker

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