



Demens&Alderspsykiatri

vol. 15 • nr. 4 • 2011



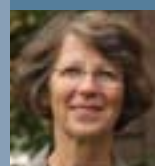
s 4

På de pårørendes
parti



s 7

Bekymret for
eldres helse



s 10

Eldres selvmord
kan forebygges



Demens&Alderspsykiatri

vol. 15 • nr. 4 • 2011

om miljøarbeid:

20 Kast spisesmekkene og
skap inkluderende måltider

24 Forankring av miljøbehandling
– Hvordan skape varig endring

- 4 Pionér i pårørendearbeid
- 7 Lik rett til diagnostikk og behandling?
Therese Folgerød
- 8 Hukommelsesklinikken 20 år
– Jubilerte med seminar
- 9 Første nasjonale Marte Meo-konferanse
- 10 Selvmord blant eldre kan forebygges
- 13 Fenomenet ekstrem selvneglisjering
Marianne Holm
- 17 Årets Peter Skredder
- 18 Dikt og demens
- 20 Kast spisesmekkene og
skap inkluderende måltider
Anne Marie Mork Rokstad
- 23 Tester verktøy for boligvurdering
- 24 Forankring av miljøbehandling
– Hvordan skape varig endring
- 26 Alzheimerdagen 2011
– Husk de som glemmer
og støtt deres pårørende
- 28 Tro hos personer med demens
Anne Helene Jørstad
- 33 Synger ut i Molde: Kor kjækt!
- 36 Vedtak om sykehjemsplass
– hvor høye er tersklene?
Edith Roth Gjevjon og Tor Inge Romøren
- 38 Bokanmeldelser
- 40 Filmomtaler

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 18. november 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

Forside: Sigrun Nygaard ved frokostbordet.
Foto: Bente Wallander.



Tid for handling

vol. 15 • nr. 4 • 2011

*M*ye er sagt om myndighetenes manglende satsing på norsk alderspsykiatri de siste årene, også fra lederplass i D&A. Høyst fortjent, da lite hittil er gjort. Men nå har politikerne lånt øre til fagfeltet. Med sitt forslag til statsbudsjett for 2012 viser de endelig vilje til handling.

Regjeringen vil etablere nye nasjonale kompetansetjenester på 24 felt neste år, og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har fått i oppdrag å etablere kompetansetjenester for alderspsykiatri. Dette er svært gledelig. Det er ingen tvil om at alderspsykiatrien står overfor store utfordringer i årene som kommer. Med dette grepet får man sjansen til å styrke fagområdet ved økt innsats på forskning og utviklingsarbeid, utvikling av læremidler og spredning av kompetanse til kommunale helse- og omsorgsmiljøer.

Budsjettforslaget innebærer godt nytt for D&As lesere på flere fronter. 150 øremerkede millioner kroner skal stimulere kommunene til å opprette tilbud om dagaktivitet i deler av uken for 5 000 flere personer med demens. Dette til glede og nytte både for fremtidige brukere og deres pårørende. Under ti prosent av landets 35 000 hjemmeboende personer med demens har et slikt tilbud i dag, og i en del kommuner mangler det helt. Når dagtilbudet er bygget ut, skal kommunene ha en lovfestet plikt til å opprettholde det. Regjeringen sier imidlertid ingenting om at personer med demens skal få lovfestet rett til dagtilbud.

For å bidra til økt kompetanse og kunnskap om demens skal det videreføres og settes i gang flere nye forsknings- og utviklingstiltak. Regjeringen vil også videreføre og utvikle flere opplæringsprogram, deriblant Demensomsorgens ABC, samt støtte etablering og drift av pårørendeskoler og samtalegrupper over hele landet.

Det er politikernes mål å sikre alle som trenger heldøgns omsorg et tilbud innen 2015. For å nå dette foreslås det økonomisk investeringstilskudd til etablering av 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser og opprettelse av 12 000 nye årsverk. Alt som bygges med tilskuddet skal tilpasses og tilrettelegges for mennesker med demens og kognitiv svikt, men 2 570 av de lovede årsverkene knyttes til opptrappingen av det tidligere omtalte dagaktivitetstilbudet.

Sett under ett er det ingen tvil om at forslaget til neste års statsbudsjett er et godt skritt i riktig retning, i hvert fall sett fra D&As ståsted.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no

Pionér i pårørendearbeid

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Sylvi Jacobsen startet Norges første Cafeen for de som glemmer og de som står dem nær i 1999. Med stor appetitt har hjelpepleieren fra Horten siden påtatt seg ulike oppgaver knyttet til omsorg for personer med demens og deres pårørende.

Det er 25 år siden Sylvi Jacobsen kom til Horten kommune for å jobbe ved kommunens første skjermede enhet for personer med demens på Gannestad sykehjem.

– Jeg var utdannet hjelpepleier og hadde tidligere arbeidet med personer med utviklingshemning ved nå nedlagte Solbø i Holmestrand. At jeg havnet i Horten var en tilfeldighet, men jeg har aldri angret på at jeg kom hit, forteller hun.

De ansatte på Gannestads skjermede enhet erfarte raskt hvilken betydning miljøet hadde.

– I begynnelsen trodde vi vel alle at det var nok med én skjermet enhet. Men der tok vi feil, vi erfarte snart at pasientene på denne avdelingen var like forskjellige som mennesker ellers i samfunnet og vi trengte et mer differensiert tilbud, sier Sylvi Jacobsen.

Det var på denne tiden at utviklingen i Hortens demensomsorg virkelig skjøt fart. Kommunens ildsjel og «demensomsorgsguru» Karl Asbjørn Lille hadde etablert den skjermede enheten for 11 pasienter. Under hans ledelse ble den ene skjermede enheten snart utvidet til to, og kommunen fikk kartlagt forekomsten av hjemmeboende personer med demens. Tilbudene på sykehjemmene ble differensiert etter beboernes funksjonsnivå og Hortens mye omtalte tiltakskjede for demens så dagens lys.

Kafé for pårørende

Sylvi ble selv mer og mer opptatt av den sterke belastningen mange pårørende til personer med demens opplever.

– Dette var på nittitallet, og kommunen vår har alltid hatt dårlig råd. Jeg tenkte at vi burde etablere et lavterskeltilbud; et treffsted der de pårørende kunne få anledning til å møte hverandre helt uformelt. Etter å ha rekruttert en del ektefeller og døtre som hadde demenssykdom hos sine nærmeste, utviklet vi i fellesskap et konsept som det viste seg at folk satte stor pris på. Mye takket være de pårørende selv. Det er ikke alltid at vi helsearbeidere vet best. De pårørende i Horten visste i hvert fall godt hva som var best for dem, understreker Sylvi.

Navn	Sylvi Jacobsen
Alder	59 år
Bor	Nykirke, rett utenfor Horten
Familie	Gift, to barn og to barnebarn
Stilling	Pårørendekonsulent i Horten kommune. Fagleder og demenskoordinator med ansvar for koordinering av forebyggende arbeid. 50 prosent stilling ved Indre Havn sykehjem, 20 prosent stilling i kommunens hjemmesykepleie.

Mange planleggingsmøter lå bak åpningen av landets første pårørendekafé for personer med demens, som åpnet i Horten i 1999.

– Hvor skulle den ligge? Skulle vi møtes på dag eller kveld? Jeg hadde seks pårørende med meg i arbeidsgruppen, hvorav flere var i fast jobb. Noen av deres nære hadde allerede fått plass på landets første dagsenter for personer med demens, som Horten kommune åpnet samme år. Løsningen vi endte opp med innebar av vi skulle møtes her på dagsenteret annenhver lørdag. Et av argumentene for dette var å gjøre terskelen litt lavere for dem som ikke har så lyst til å starte på et dagsenter. De skulle få sjansen til å bli trygge på omgivelsene sammen med sine nærmeste, sier pårørendekafeens gründer.

Tiltaket viste seg å bli svært populært. Fortsatt møtes et trettitalls mennesker annenhver lørdag fra klokka elleve til to:

– Og selv om mange etterhvert har mistet sine, fortsetter de å komme. Det er tydelig at nettverk gjør godt, konstaterer Sylvi.

Målsettingen med kafeen var å gi kunnskap og åpenhet om demens. Den skulle også oppfattes som et trygt sted å være.

– Men tiden må fylles med innhold, dersom alle skal få følelsen av å delta. Vi har derfor noen som underholder hver gang vi møtes. Det har stor betydning å kunne synge sammen, eller å gjøre noe annet felles. Vi lager og serverer nystekte vafler med rømme og syltetøy pluss kaffe. Salget foregår etter selvkostprinsippet. Folk er generelt svært positive, også når det gjelder å ta i et tak. Mange musikere stiller opp på kafeen fast, deriblant flere av kommunens organister. Vi får også besøk av sønnen til en mann som pleide å komme hit. Det er flere år siden pappaen gikk bort nå, men sønnen spiller fortsatt for oss. Det er helt enestående hvor positiv han er.

Utvidet menyen

Kafeen hadde ikke vært i drift så lenge før det sto klart for Sylvi at noe burde gjøres for å etterkomme de pårørendes behov for å få vite mer om demenssykdommene. Veien fra tanke til handling ble ikke lang. Snart var landets andre pårørendeskole også en realitet; med et undervisningsopplegg som gikk over seks kvelder, og som Horten kommune siden har invitert til i september hvert år.

– Vi lar det gå 14 dager mellom hver samling, og tilbyr skoleplasser også til pårørende i våre nabokommuner. Til å undervise har vi vært så heldige å få landets beste. Flere ansatte ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har vært med helt siden oppstart, og det er det 12. året vi er inne i nå. Deltakerantallet varierer litt fra år til år, men som oftest kommer mellom 30 og 50 pårørende hver høst, forteller Sylvi.

Hun har selv ansvaret for å dra i gang og drifte det populære undervisningsopplegget. Ildsjelen fra Horten er



ALDRI ANGRET: I 25 år har Sylvi Jacobsen arbeidet for å utvikle demensomsorgen. – *Det har skjedd så mye positivt, og jeg har fått være med på det meste. Men vi må aldri stanse opp og si at nå er det bra nok. Det dukker opp nye behov hele tiden, sier hun.*

i den forbindelse opptatt av å rekruttere personale fra sykehjemmene og hjemmesykepleien som gruppeledere til pårørendeskolen:

– *Personalet må også få sjansen til å oppdatere seg faglig. Samværet med pårørende gir dem dessuten større kjennskap til dem som senere kommer inn på sykehjemmet. Temaene som tas opp er de samme fra år til år; første kveld handler det om sykdomslære, deretter kommer kommunikasjon, holdninger og identitet. Atferd, tap og sorg samt lovverk er faste punkter som blir tatt opp. Vi har også hatt pasientombudet inne.*

Engasjert til stede

Det er noen travle år Sylvi Jacobsen kan se tilbake på. Ikke minst fordi hun selv, parallelt med å være en del av den rivende utviklingen i kommunens demensomsorg, ville tilegne seg faglig påfyll. Hun har tatt en rekke kurs og videreutdanning i demens. Veileder- og kompetanseutvikling på høyskolenivå, som hun trenger i sin nåværende jobb som fagleder for oppbygging av demensteam, er også studert.

– *Jeg hadde kanskje en atypisk bakgrunn den gang jeg kom inn i dette, det har jeg ikke tenkt så mye på. Noen ganger skjer ting takket være tilfeldigheter, andre ganger er man rett person på rett sted til rett tid. Men at jeg har vist engasjement, og er engasjert i å jobbe med mennesker, er helt sikkert. Slikt burde vi verdsette i flere sammenhenger. Jeg er mer opptatt av personers egnethet enn av deres formelle bakgrunn. Det er viktig å se på menneskene man har rundt seg og hva de kan, ikke hvilken utdanning de har. Da kan man stimulere folk til å bruke hverandre på tvers, slik at man får utnyttet den tverrfaglige kompetansen. Selv er jeg alltid nysgjerrig på å lære noe mer – men så har jeg da også vært over alt, småler hun.*

Fortsatt har Sylvi mange jern i ilden. Hun er i dag prosjektleder for en pilot som innebærer gårdsdrift med overnatting, og kan tituleres som fagleder når kommunens nye demensteam blir bygget opp.

– *Horten kommune har i tillegg deltatt i mange prosjekter, deriblant Demens i familien I og II. Eneren fokuserte på pårønderarbeid, og vi hadde en enestående mulighet til å sette forskningen rett ut i praksis. Ingun Ulsteins forskning viste jo at deltakelse på den type pårørendeskole som vi driver, kan forebygge stress og belastninger hos pårørende samtidig som personene med demens får gode opplevelser på dagsenteret. Vi ser at de som har kommet litt lenger i sykdomsutviklingen har utbytte av å treffe hverandre, og som pårørende har man ulike behov i ulike faser. Gjennom prosjektet Demens i familien II deltar vi et psykososialt støtteprogram for personer med demens og deres familieromsorgsgivere. Det fine med disse prosjektene er at vi stadig finner ut nye ting. Jeg tror at vi trenger et mangfold av tilbud.*



GRÜNDEREN: Sylvi Jacobsen, av mange kalt «Pårørendeskolens mor».

Fremtidig servering

Sylvi Jacobsen fokuserer gjerne på den rivende utviklingen hun selv har fått sjansen til å ta del i:

– *Vi er blitt så mye flinkere på så mange områder! Til å stille diagnoser og til å snakke sammen, også om de vanskelige temaene. Da jeg startet kafeen ble ikke de pårørende alltid tatt på alvor av legene sine, for eksempel. I dag er alt annerledes, samarbeidet på tvers mellom første- og annenlinjetjenesten fungerer svært godt, og kunnskapen om demens er så mye bedre i samfunnet generelt. Det gjør det mye enklere å få til noe.*

Mye endres, men Sylvis grunntanker for kafeen

– *åpenhet og kunnskap – er fortsatt sentrale verdier, både for henne selv i utførelsen av arbeidet, og for det møtestedet de etablerte.*

– *Det gjør ikke noe om vi snakker om de samme tingene flere ganger. Det må være rom for det, selv om jeg også ser at vi aldri kan stoppe opp her hvor vi står i dag. Nei, vi må stadig videre. Med deltakelse, for eksempel. Vi har mange hustruer som kommer med sine ektemenn, og mange døtre som kommer med sine foreldre. Men hvor er mennene som kommer med sine hustruer? Eller sønnene? Det vil hele tiden være nye områder som vi kan videreutvikle. Og til det trenger vi tid. Mange som blir syke har stor innsikt i sykdommen sin når de får diagnosen. Kanskje vi bør satse mer på undervisning av personer med demens? Gi dem et kunnskapstilbud parallelt med pårørendeskolen, vi ser at behovet vokser frem. De har også behov for å lære mer.*

– *Vi kan kort sagt aldri hvile, men fortsette å utvikle oss sammen med dem som får en demenssykdom, deres pårørende og andre fagpersoner. Det er dét som er samhandling!*



■ Therese Folgerød, eldreoverlege, dr.med., Tromsø kommune

Lik rett til diagnostikk og behandling?

Ny organisering og finansiering av helsetjenesten kan føre til at eldre mister retten til diagnostikk og behandling. Til tross for betegnelsen «Samhandlingsreformen», er det ikke nye samarbeidsformer som er hovedgrepet i reformen.

Samhandlingsreformen bygger på ikke-dokumenterte påstander om et stort antall unødvendige innleggelser i norske sykehus. På bakgrunn av dette ser man for seg at helsevesenet kan driftes billigere ved å hindre sykehusinnleggelser. Dette har ført til at det nå har kommet et nytt lovverk som innbærer overføring av oppgaver fra sykehus til kommunene.

Antallet somatiske sykehussenger i Norge har blitt kraftig redusert, fra cirka 21 000 i 1980 til dagens cirka 12 000 senger. Dette bidrar til at kommunene over mange år har mottatt stadig mer ressurskrevende pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene har tilpasset sitt tilbud gjennom økt kompetanse, økt bemanning og andre kostnadskrevende tiltak, uten tilsvarende økning i økonomiske overføringer.

Samtidig har kommunene hatt en økning i antall barn, ungdommer og voksne med sammensatte og langvarige helse- og omsorgsbehov. Samhandlingsreformen vil føre til en ytterligere økning i kommunenes oppgaver, og det blir store endringer i finansiering av helsetjenestene. Kommunene skal betale en del av kostnadene ved sykehusopphold og bygge opp kommunale institusjoner med tilbud før, i stedet for, og etter sykehusinnleggelse.

Billigere og dårligere?

De siste årene har flere kommuner og sykehus samarbeidet om å etablere forsterkede sykehjemsavdelinger, som gir behandling etter at diagnostikk og oppstart av behandling er gjort ved sykehus. Målet er god behandling og oppfølging av eldre pasienter, og utskrivning til eget hjem. Forskning viser at dette kan bidra til gode pasientforløp. En utfordring er imidlertid at kommunene må ansette svært godt kvalifisert personell i slike institusjoner, og dette vil kunne gå på bekostning av kompetansen i andre deler av kommunal pleie og omsorg. Det er allerede mangel på sykepleiere og hjelpepleiere i kommunene.

Uten grunnlag i forskning legger samhandlingsreformen føringer for at kommunene skal etablere institusjoner som skal erstatte sykehus. Påstanden er at «for enkelte pasienter vil det være best å få et kvalitativt godt tilbud nær hjemmet i stedet for å bli lagt inn i sykehus ved akutt sykdom». En ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet for å gi råd om helsetjenester til syke eldre, advarte i vinter mot kommunale tilbud i stedet for sykehus, med unntak for en mindre og klart definert pasientgruppe.

Dersom pasienter i alle alders- og diagnosegrupper skal få et likeverdig medisinsk tilbud, kan det tenkes at det totalt sett kan bli dyrere for samfunnet å flytte oppgaver fra sykehus til kommunene. Det er vanskelig å se for seg at kommunene skal kunne gjøre en like god jobb billigere. Eller skal det ikke være lik rett til diagnostikk og behandling?

Mangelfullt beslutningsgrunnlag

De gode eksemplene som nevnes fra kommuner, er i realiteten desentraliserte spesialisthelsetjenester. Erfaringer fra sykestuevirksomhet har blitt brukt som argument for å opprette kommunale tilbud i stedet for sykehus. Man ser da bort fra at sykestuer ikke har blitt opprettet som alternativ til sykehus, men som alternativ til å ikke nå fram til sykehus i områder med svært lang reisetid samt utfordrende klima og geografi. Nye tall fra Statistisk Sentralbyrå viser imidlertid at det kun er 10 prosent av befolkningen som har mer enn en times reisetid til sykehus.

Et doktorgradsarbeid* ved Universitetssykehuset Nord-Norge har vist at man vanskelig kan forutsi hvem som vil ha nytte av sykehusopphold. Derfor kan forsøk på å redusere det man tror er unødvendige innleggelser, føre til tapt helse. Resultatene av denne forskningen har blitt brukt feil. Det samme gjelder de andre studiene som er grunnlaget for beregninger av hvor mange sykehusopphold som kan unngås. Med betydelige feil i beslutningsgrunnlaget, er det stor sannsynlighet for at beslutninger blir feil.

I et forsøk på å spare penger introduseres forskjeller i rett til diagnostikk og behandling, og det legges til rette for et annenrangs tilbud til noen grupper. Jeg er bekymret for at de med mest kompliserte sykdomsbilder skal få et dårligere helsetilbud. Dette gjelder først og fremst kronikere og eldre.

*) Eriksen BO (1999), The potential for reducing inappropriate hospital admissions: a study of health benefits and costs in a department of internal medicine, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Department of Internal Medicine, University Hospital of Tromsø. (Red. anm.)



GRATULERTE: Professor dr.med. Torgeir Bruun Wyller (t.h.) overrakte blomster til jubilaranten, her representert ved de fire ansatte som har arbeidet ved klinikken helt siden 1991: Spes.sykepleier og leder av Hukommelsesklinikken, Tor Erling Dahl (t.v.) overlege, dr.med. Anne Brækhus, professor dr.med. Knut Engedal, seksjonsoverlege Nina Voss Skaane.

Hukommelsesklinikken 20 år Jubilerte med seminar

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Minnene var mange da hukommelsesklinikken ved geriatrik avdeling, Oslo Universitetssykehus Ullevål, i høst markerte sine 20 første år med et jubileumsseminar.



EN GAVE: Teppe laget av overlege dr.med. Anne Brækhus.

Hukommelsesklinikken startet sin virksomhet i 1990 som et prøveprosjekt med forskningsmidler fra det daværende Sosial- og helsedepartementet. Prosjektet ble oppfattet som en suksess, og virksomheten har siden inngått som en del av driften ved geriatrik avdeling.

– Vi hadde således vårt 20 års jubileum i fjor, men fikk aldri tid til å feire det. Nå tar vi det igjen med dette jubileumsseminaret, sa ledende spesialsykepleier Tor Erling Dahl.

Fortsatt rom for utvikling

Blant gratulantene var lederen ved geriatrik avdelings seksjon for forskning og utdanning, overlege og professor Torgeir Bruun Wyller, som også hadde fått i oppgave å ønske seminardeltakerne velkommen. Etter å ha berømmet jubilarantens innsats gjennom de første 21 år rettet han blikket mot klinikkens nåværende status og fremtidige oppgaver:

– Som andre nyfødte babyer har også Hukommelses- klinikken forandret seg mye i årenes løp. Jeg føler meg sikker på at det største antallet pasienter fortsatt bør utredes i kommunehelsetjenesten. En del skal henvises til spesialisthelsetjenesten, mens noen få vil ha behov for ytterligere utredning. Dere er kommet langt, men har fortsatt noen skritt å gå før dere er et tredjelinjetilbud innen geriatri, nevrologi og psykologi.

Dere trenger å være i front når det gjelder kognitiv testing, og må opprettholde den nære relasjon til et aktivt forskningsmiljø innen demens. På alle disse områdene er dere godt på vei, men det er fortsatt rom for utvikling, påpekte Bruun Wyller.

Etterlyste pasienter i avisen

Fire nåværende ansatte har vært med Hukommelses-klinikken siden 1990. Tor Erling var selv prosjektleder de to første årene, da man jobbet ut fra Memory Clinic-prinsippet, som bygger på engelsk tankegang om poliklinisk utredning av demens.

– Pasientene skaffet vi ved blant annet å gå ut i Aftenposten og be folk komme innom. På den måten oppnådde vi raskt en ventetid på to år. Men fra 1995 måtte alle pasienter ha rekvisisjon, memorerte han.

Utviklingen skjøt raskt fart. Fra de første årenes drift av kveldspoliklinikk med gratisarbeid fra legenes side, til dagens situasjon, med 15 leger og sykepleiere tilknyttet klinikken (i alt seks årverk), alle med spesialutdannelse innen geriatri, psykiatri eller nevrologi.

Fungerer bedre enn før

På seminarprogrammet sto en rekke variasjoner over temaene Pasientene, Organiseringen av utredningen, Klinisk forskning og Fremtiden.

Flere av talerne kastet blikk bakover i tid, deriblant psykiater, ph.d, Ingun Ulstein, som i anledning seminaret hadde tatt for seg en stor del av klinikkens tallmateriale for å analysere den typiske pasienten. Hun fant følgende utviklingstrekk:

- Pasientenes gjennomsnittsalder har gått ned fra 75 til 68 år i perioden 1990-2010.
- MMSE-skåren har i samme periode steget gradvis.
- Belastningen hos pårørende oppleves som noe redusert.
- Pasientene er bedre fungerende enn før. Et økende antall er yrkesaktive.

Hukommelsesklinikken

En spesialpoliklinikk for avansert demensutredning. Hukommelsesklinikken prioriterer kompliserte tilfeller der utredning i den øvrige spesialhelsetjenesten ikke er tilstrekkelig. Også «second-opinion». Videre tilbys utredning ved mistanke om uvanlige demensformer, utredning av nylig begynnende/lett demens og demens hos yngre.



■ Tekst: Bente Wallander

Første nasjonale Marte Meo-konferanse

Marte Meo i demensomsorgen og alderspsykiatrien er temaet for Norges første nasjonale Marte Meo-konferanse som går av stabelen i Bergen 6. og 7. februar 2012.

Marte Meo* kommer av det latinske uttrykket *mars martis*, som betyr «av egen kraft» eller «av egen styrke». Det er en kommunikasjonsbasert og løsningsorientert veiledningsmetode som bruker film som verktøy. Metoden er utviklet av Maria Aarts i Nederland og er teoretisk forankret i utviklingspsykologi. Metoden er en anerkjent metode innen arbeid med familier, mødre med fødselsdepresjon, barnehager, barnevern, skoler og etter hvert også i veiledning av omsorgspersoner i demensomsorgen.

Spesialrådgiver Marianne Munch og avdelings-overlege Tor Jacob Moe fra NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og ergoterapeutspesialist Astrid Andersen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, står som kursansvarlige. I sin invitasjon sier de at konferansen har som mål å presentere de ulike områdene metoden kan brukes på i norsk alderspsykiatri og demensomsorg. Forskning, eksempler fra praksis og ulike prosjekter danner rammene for innholdet i konferansen. Konferansen er ment som en inspirasjon og eksempler på personsentret omsorg og miljøbehandling.

Fra programmet kan nevnes: *Marte Meo i eldre- og demensomsorg*, ved Maria Aarts, som også analyserer filmer som konferansedeltakerne har med seg, *Marte Meo: en ny innfallsvinkel i diagnostisering og behandling av utfordrende atferd i demensomsorgen*, ved Ingunn Moser, rektor ved Diakonhjemmets høgskole, samt *Hvordan forebygge bruk av tvang ved hjelp av Marte Meo*, ved Marianne Munch.

Opplysninger om påmelding og fullstendig program finner du på www.olaviken.no

*) Les mer om Marte Meo-metoden i D&A nr 2-2011

Selv mord blant eldre kan forebygges

■ Tekst og foto: Bente Wallander

– Vi må få kunnskap om eldres selvmordsatferd, vite hvordan vi skal møte mennesker i en slik situasjon og våge å ta de vanskelige samtalene.

Slik oppsummerer Ildri Kjølsest sin kunnskap om hvordan man kan forebygge selvmord blant eldre.

Hun understreker at forskningen dreier seg om et svært komplisert tema, og at det er vanskelig å forenkle resultatene. Med bakgrunn i egne funn blir det likevel viktig for Kjølsest å nå frem til helsepersonell og andre med budskapet:

– Dersom eldre gir selvmordsvarsler må det tas på dypeste alvor. De er sjelden ambivalente og har høy intensjonalitet i dette.

Banebrytende arbeid

Det var som overlege på Ullevål sykehus at Ildri Kjølsest på nittitallet innledet sin forskning på selvmord blant eldre. Hun intervjuet da det hun selv kaller selvmordsforsøkere over 65 år om deres livshistorier, for å se om det fantes noen fellestrekk. Senere gikk hun gjennom nesten 300 tilfeller av registrerte selvmord blant eldre (65+), med samme hensikt. I 2005 fikk hun så anledning til å fordype seg i temaet, noe som skulle vise seg å bli et omfattende arbeid, da det ikke var gjort noe forskning på selvmord blant eldre i Norge tidligere. Ildri Kjølsest tok for seg 23 gjennomførte selvmord, 19 menn og fire kvinner i alderen 65 til 90 år. Gjennom intervjuer med personer som hadde kjent de avdøde godt ble omstendighetene rundt selvmordene kartlagt. Informanter var slektninger, fastlegen og hjemmesykepleiere. Målet var å få en forståelse av selvmordene som hadde skjedd. Hun fikk også større innsikt i forhold som angikk deres alderdom.

Arbeidet er beskrevet i avhandlingen *Control in life – and in death: An understanding of suicide among the elderly*, som Ildri Kjølsest disputerte på ved det medisinske fakultet i Oslo i fjor.

Ildri Kjølsest arbeider for tiden videre med dette materialet, som overlege ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

– Jeg ser blant annet på eldres selvmordsvarsler, og hvilke reaksjoner slike vekker i familiene. Hva skjer når eldre viser selvmordsatferd, og hvordan kan vi takle det med tanke på forebygging, sier hun.

Avhandlingen *Control in life – and in death: An understanding of suicide among the elderly*, som Ildri Kjølsest disputerte på ved det medisinske fakultet i Oslo i fjor.





ELDRES ROLLE: Ildri Kjølsest mener at vi må sette selvmord blant eldre inn i en samfunns-messig sammenheng.
– Det handler om de eldres rolle i samfunnet, deres verdi i samfunnets øyne.

Tydelige fellestrekk

Det er et betydelig antall mennesker som velger å ta sitt eget liv hvert år¹⁾. I snitt utgjør personer i alderen 65+ en fjerdedel av denne gruppen. Ildri Kjølsest advarsel om å ta eventuelle signaler på alvor kommer av at godt voksne gjennomfører sine selvmordsforsøtt langt oftere enn yngre.

– Blant yngre personer registreres det opp mot 200 selvmordsforsøk for hvert som gjennomføres. I aldersgruppen 65+ ender hvert fjerde selvmordsforsøk med døden, forteller hun.

Kjølsest har identifisert tydelige fellestrekk hos eldre som har valgt å ta sitt eget liv.

– Disse bør vi lære oss å gjenkjenne, også i klinisk virksomhet, mener hun.

– Hvis et menneske alltid har opplevd å ha hatt kontroll over livet sitt, og en strategi som innebærer at det takler problemer og motgang ved å handle selv, er det større risiko for at det kjenner seg verdiløst når denne strategien ikke lenger virker. Det å være handlingsdyktig kan oppfattes som så smertefullt at det ikke ser noen annen utvei.

Maktesløshet

Bare én av de eldre i Kjølsests materiale bodde på sykehjem, og bare noen få hadde vært pasienter i spesialisthelsetjenesten i psykiatri. Sykdom og funksjonssvikt var viktige faktorer, selv om ikke alle hadde alvorlig funksjonssvikt da selvmordet skjedde.

– Men de var svært realistiske og forutså hvordan livet kunne arte seg videre. Tilliten til det offentliges omsorgsevne var lav. Mange hadde i den siste tiden før selvmordet også vært mere opptatt av døden enn tidligere, de hadde på en gjentakende måte snakket om den og gitt uttrykk for at de ønsket å dø, forteller Kjølsest.

Selvmord opptrer oftere blant eldre menn enn hos kvinner på samme alder. Hvorfor det?

– Kjønnforskjellen i selvmordshyppighet kan ha sammenheng med at menn takler rolletap og funksjonssvikt dårligere i alderdommen enn kvinner. Ekteskapet kan fungere som beskyttende faktor, men en dansk studie har vist at dette ikke gjelder i høy alder. Man vet ennå ikke hvorfor. Kanskje kan det være slik at to eldre med lett funksjonssvikt kan hjelpe og støtte hverandre inntil et visst punkt. Hvis den ene parten blir svært skjørelig i høy alder blir det en belastning for begge.

¹⁾ 1 566 personer begikk selvmord i Norge i årene 2007-09, ifølge SSB (red.anm.).

Har religion vært et sentralt tema for de som har tatt sitt eget liv?

– Ut fra resultatene i min undersøkelse var religion ikke noe sentralt tema for disse eldre. Det kan tenkes at religion og tro fungerer som en beskyttende faktor, men dette vet man lite om.

Hva med demens?

– Demens har heller ikke vært nevnt, men det er et svært interessant spørsmål, mener Ildri Kjølsest.

– Foreløpig er det ingen studier som viser sikker sammenheng mellom demens og selvmord hos eldre. Men dersom demens skulle ha betydning, er det sannsynlig i en tidlig fase av sykdommen, før diagnosen er erkjent. Da kan tegnene på demens også forveksles med depresjonssymptomer.

Tabubelagt tema

Ett av problemene med selvmord blant eldre er, ifølge Kjølsest, at fenomenet ser ut til å være mer tabuisert i denne aldersgruppen. Som tema er det svært sensitivt.

– Det blir derfor viktig å ta det opp og formidle kunnskap om temaet på en riktig måte. De etterlatte etter en gammels selvmord er ofte selv eldre, det har også vist seg at de føler seg mindre oppmerksommet enn andre etterlatte og mer alene. Det hefter ofte følelser som skyld, sinne og skam ved et selvmord, men jeg kan tenke meg at det å være barn av en eldre som begår selvmord, må oppleves svært tungt.

Hvordan hjelpe

Hvilke råd har du til de av oss som møter eldre personer som kan befinne seg i risikogruppen?

– Vi har mye å hente på undervisning av helsepersonell og andre som jevnlig omgås de eldre. Mange føler seg usikre når det gjelder samtaler om døden og andre eksistensielle spørsmål. De skal vite at eldre gjerne vil snakke om disse temaene. Dersom de selv føler seg sikre på det, blir det også enklere for dem å invitere til samtaler om det som er vanskelig.

– Vi må våge å lytte til den eldre, ta oss tid, slik at den eldre kan få fortelle sin historie. Selvfølelsen har vært knyttet til deres selvbestemmelse og handlingsevne, og når de mister dette, blir de svært sårbare. Mange opplever at de har mistet mye, tidligere roller fra voksenlivet, jobb, funksjon og helse. Flere i mitt materiale skal den siste tiden ha sagt om seg selv: «Nå er det ingen N.N. lenger.» Deres opplevelse av å være Ingen må ha vært svært smertefull.

– Mitt råd er derfor å spørre konkret, møte situasjonen. Og hvis vedkommende snakker om metoder må man våge å gå inn i temaet fra denne siden. Krenkelser står sentralt, det er en klinisk erfaring at mange eldre er redd for å ligge familien til byrde når de blir hjelpetrengende. Det samme gjør opplevelsen av å være en byrde for familie og samfunn.

Ildri Kjølsest mener at vi også må sette selvmord blant eldre inn i en samfunnsmessig sammenheng:

– Det handler om de eldres rolle i samfunnet, deres verdi i samfunnets øyne. En paternalistisk holdning kan virke spesielt krenkende for disse eldre, fordi selvbestemmelse er så viktig for dem. Også eldre må få

bestemme selv over forhold med avgjørende betydning for livssituasjonen. For eksempel mener jeg at eldre bør få en lovfestet rett til sykehjemsplass når de selv opplever det er nødvendig. De fleste ønsker å bo hjemme så lenge det er mulig, og forutsatt at de får hjelp de kan føle seg trygg på. Men når funksjonssvikten når en grad som gjør tilværelsen hjemme uholdbar, er det den eldre selv som må avgjøre dette. Så må også sykehjemmene ivareta de eldres autonomi i en mye større grad.

– Skal jeg konkludere, blir det derfor med et geriatrisk perspektiv på problemstillingen: Jeg mener at god eldreomsorg generelt vil ha en selvmordsforebyggende virkning. Eldre må føle trygghet for at de får nødvendig hjelp når de trenger det, og avgjørende behov må lovfestes. Videre er det viktig at deres selvbestemmelse ivaretas i den grad det er mulig, også når funksjonssvikten kommer, avslutter Ildri Kjølsest.

Lytt og lær

- Vi må få kunnskap om eldres selvmordsatferd, slik at vi blir i stand til å gjenkjenne eldre som er i en utsatt situasjon.
- Vi må forstå bakgrunnen for eldres selvmordsatferd, slik at vi vet hvordan vi best møter dem i denne kritiske situasjonen.
- Vi må åpne for en samtale der vi lar den gamle fortelle hvem han er og har vært, og forstå hvor viktig dette med autonomien er, hvor lett den kan overtreddes av helsepersonell.
- Vi må hjelpe den gamle til å forstå at han eller hun har en verdi. De er Noen – i kraft av seg selv – uavhengig av eventuell funksjonssvikt og sykdom.
- Vi må ivareta de eldres rett til selvbestemmelse så langt som mulig, og se deres behov for å kunne bestemme selv.
- Vi må åpne for samtaler om slike eksistensielle temaer med pasienter og andre eldre mennesker, og våge å ta opp de vanskelige spørsmålene.
- Helsepersonell må få kompetanse i kommunikasjon om eksistensielle spørsmål med eldre pasienter.



■ Marianne Holm, seksjonsoverlege ved seksjon for alderspsykiatri, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark



Illustrasjonsfoto: Peter Gudella, Scanstockphoto

Lever i et kaos av skitt og urenslighet – ønsker ikke hjelp

Fenomenet ekstrem selvneglisjering

Enkelte mennesker lever i ekstrem urenslighet. De motsetter seg hjelp, og oppholder seg i et kaos av rått mat, søppel, egen avføring og skadedyr. Fenomenet ekstrem selvneglisjering (severe domestic squalor) forekommer i alle aldre, men særlig hos eldre. Hvor mange dreier det seg om? Og hvordan kan de møtes?

Originalartikkelen* har stått på trykk i *Tidsskrift for Den norske legeforening* og ble av Tidsskriftet hedret med 3. pris for beste oversiktsartikkel 2010. Innholdet er i forståelse med Tidsskriftet forkortet og omarbeidet for publisering i D&A. Artikkelen kan leses i sin helhet her: <http://tidsskriftet.no/article/2054441>

Målsettingen med artikkelen er å gi en oversikt over forekomst av ekstrem selvneglisjering, også kalt Diogenes' syndrom, mulige årsakssammenhenger, klinisk beskrivelse og behandling av fenomenet.

Bakgrunn

Ekstrem selvneglisjering forekommer i alle aldre, men særlig hos eldre. Betegnelsen brukes om personer som lever i et svært tilgriset miljø. Urensligheten gjelder både egen kropp og bolig. Personene lever isolert. Noen har samlemani, og de kan ha fylt hjemmet med så mange gjenstander og søppel at det blir vanskelig å bevege seg der. Årlig insidens**) i studier av pasienter over 60 år henvist til spesialisthelsetjenesten er cirka 0,5 per 1 000. Reell forekomst i befolkningen er ukjent. Cirka 50 prosent av pasientene har demens, schizofreni eller er rusavhengige. Det er begrenset, men økende dokumentasjon for sammenheng mellom ekstrem selvneglisjering og frontal dysfunksjon. Pasientene har ofte lavt lidelsestrykk og motsetter seg hjelp. Sakene er komplekse og meget vanskelige å håndtere for fastlege og andre i hjelpeapparatet. Respekt for autonomi og ønske om å hjelpe står mot hverandre.

Tidligere omtalte man ekstrem selvneglisjering som Diogenes' syndrom. Diogenes var en gresk filosof som levde på 300-tallet før Kristus. Han levde svært enkelt, bodde i en tønne og eide bare en stokk og en brødpose.

Han fremholdt at veien til lykke går via selvkontroll og avståelse fra materielle behov.

Fenomenet ekstrem forsømmelse av personlig og huslig hygiene ble første gang beskrevet av Shaw i 1957 (1). Hun brukte begrepet «social breakdown in the elderly». Macmillan & Shaw gjennomførte fra 1961 en prospektiv studie der de fulgte 72 eldre pasienter i tre år (2). Forfatterne argumenterer for at symptomkomplekset utgjør et syndrom. Diagnosen operasjonaliseres^{***}) ikke, men de beskriver en gradering av personlig og huslig urenslighet. Begrepet Diogenes' syndrom brukes første gang i 1975 i en undersøkelse av eldre pasienter akuttinnlagt på grunn av somatisk sykdom og med følgende karakteristika: ekstremt dårlig personlig hygiene og urenslighet i boligen uten skamfullhet for dette; mani for å samle på søppel, aleneboende, ingen fattigdom eller dårlig boligstandard; avvising av hjelp; samt betydelig somatisk sykkelighet (3).

I en studie fra London i 2000 av personer henvist fra sosialkontoret til et spesialvaskebyrå satte man følgende kriterier for ekstrem selvneglisjering: ekstrem huslig urenslighet, forsømmelse av egenomsorg, samlemani, aleneboende og likegyldighet overfor boligens tilstand (4). Den ferskeste studien er fra Australia i 2007 og bruker begrepet «severe domestic squalor» (5). Kriteriene er: huslig og ofte personlig urenslighet samt i varierende grad manglende bekymring for boforhold, sosial tilbaketrekning, fiendtlig holdning og sta avvising av hjelp.

De siste 10-15 årene er bruken av navnet Diogenes og begrepet syndrom problematisert. Det er ikke holdepunkter for at personene som med eller uten en psykiatrisk diagnose lever under svært kummerlige forhold, gjør det fordi de deler Diogenes filosofi om et enkelt liv (6). Og selv om det er mange fellestrekk hos disse personene, er det tvilsomt om det er korrekt å bruke begrepet syndrom. I denne artikkelen brukes derfor begrepet ekstrem selvneglisjering.

Det er en utfordring for samfunnet å ivareta personers rett til å leve som de ønsker og samtidig beskytte de personene som på grunn av ekstrem urenslighet kan utsette seg selv og kanskje andre for alvorlig helsefare. For fastleger, legevaktleger og psykiatere er fenomenet ekstrem selvneglisjering ofte svært utfordrende. Hensikten med denne artikkelen er å gi en oversikt over kunnskap på området med særlig vekt på eldre, demens og frontalt syndrom. Medisinske, etiske og juridiske forhold blir diskutert.

Materiale og metode

Artikkelen er basert på ikke-systematiske litteratursøk i PubMed, gjennomgang av lover og internasjonale anbefalinger samt på klinisk erfaring fra alderspsykiatrisk avdeling.

Forekomst, sosiale og somatiske forhold

Artikler om ekstrem selvneglisjering er begrenset til kasuistikker, observasjonsstudier og oversiktsartikler. Det finnes ikke intervensjonsstudier (7). Pasientmaterialet

Ekstrem selvneglisjering kjennetegnes ved

- Ekstrem urenslighet i boligen
- Svært mangelfull personlig hygiene og egenomsorg
- Aleneboer
- Samlemani
- Likegyldighet overfor boligens tilstand

baserer seg på pasienter innlagt ved medisinske avdelinger eller henvist til geriatrike eller alderspsykiatriske avdelinger. Sikre tall for forekomst i befolkningen har man følgelig ikke. I eldre studier utført i England og Irland, er årlig insidens cirka 0,5 per 1 000 for personer over 60 år (2, 8). Den nyeste undersøkelsen fra Sydney viser 0,7 henvisninger av moderate til alvorlige tilfeller per 1 000 personer over 65 år. Prevalensen utgjør over en per 1 000, og over to per 1 000 hvis mindre alvorlige tilfeller inkluderes (5). Forekomsten i Norge er ukjent. Det finnes beskrivelser av fenomenet fra alle verdensdeler.

De fleste personene bor alene, men det er frem til 2005 beskrevet i alle fall 70 pasienthistorier hvor personen bor med ektefelle, barn eller søsken (9). I eldre studier fant man at de personene som gikk med på å la seg teste, hadde normalt intellektuelt nivå eller endog høyere IQ enn normalbefolkningen (2, 3). De var ikke fattige og hadde ikke dårlig boligstandard (før «sykdommen» inntraff). Økonomi og boligforhold beskrives som dårlige i andre studier (4, 8). I studien fra Storbritannia blir også somatisk helse omtalt; 85 prosent av personene hadde minst én kronisk somatisk sykdom og 22 prosent minst én akutt sykdom (4). I et rettsmedisinsk materiale fra Australia finner man hos avdøde en rekke kroniske og akutte sykdommer (hjerte- og karsykdommer, diabetes mellitus, pneumoni, parasittsykdommer) og ubehandlede skader, for eksempel frakturer (10). Dødsårsaken er ofte sykdommer som kunne vært behandlet.

Etiologi og symptomer

I studier basert på personer henvist til helsevesenet på grunn av ekstrem urenslighet kan psykiatrisk diagnose stilles hos over 50 prosent (11). I London-studien blant personer i alle aldre som var i kontakt med et spesialrengjøringsfirma, hadde 57 av 81 (70 prosent) en psykiatrisk diagnose, 22 prosent hadde en demenslidelse, 21 prosent schizofreni eller paranoid psykose, og 10 prosent var rusavhengige (4).

Flere hypoteser om årsak har vært foreslått hos personer som ikke har psykisk lidelse eller rusproblemer, blant annet at ekstrem selvneglisjering er uttrykk for endestadiet for personlighetsforstyrrelser. Hypotesene bygger på kliniske beskrivelser av at personene tidligere har vært eksentriske og levd et tilbaketrukket liv. Når personlighetstrekk skal beskrives, brukes ord som uvennlig, sta, kjølig, kranglevoren, mistenksom, hemmelighetsfull

«De siste 10-15 årene er bruken av navnet Diogenes og begrepet syndrom problematisert.»

og aggressiv (2). Det beskrives subkliniske****) personlighetstrekk som med økende alder og biopsykososiale stressfaktorer blir til patologiske trekk (12). Det er imidlertid ikke holdepunkter for at diagnosen personlighetsforstyrrelse er hyppig forekommende. Den kanskje mest overbevisende hypotesen ble foreslått av Clark og medarbeidere i 1975 og får støtte av senere forfattere. De beskriver interaksjonen mellom en sårbar personlighet og alvorlige medisinske og sosiale hendelser (inkludert demensutvikling og tap av nære pårørende) som utslagsgivende for utviklingen av lidelsen (3).

Overdreven samling forekommer hos personer med obsessiv-kompulsiv lidelse, ved flere nevropsykiatriske lidelser og hos friske (13). Det er graden som avgjør hvorvidt dette må sies å utgjøre et fysisk og psykisk helseproblem. Manglende evne til å rydde eller kaste kan være uttrykk for eksekutiv svikt slik man ser det ved frontalt syndrom.

Hvis man sammenlikner karakteristika ved ekstrem selvneglisjering og frontalt syndrom, vil man finne mange felles-trekk: neglisjering av personlig hygiene og fysisk helse, samlemani, stereotype persevererende handlinger, irritabilitet, liten kognitiv fleksibilitet og likegyldighet (14). Når man spør personer med ekstrem selvneglisjering om de anser boligen for å være ren, svarer 28 prosent at de anser boligen som ren eller svært ren, 57 prosent svarer skitten eller svært skitten og 15 prosent klarer ikke å svare på spørsmålet (4).

Hukommelsessvikt er ikke nødvendigvis uttalt (14, 15). Ved kognitiv testing fremkommer imidlertid eksekutiv svikt hos en del. Det er imidlertid et gjennomgående problem at personene beskrevet i studiene ofte ikke vil la seg undersøke med nevropsykologiske tester eller at de er mistenksomme og underpresterer (6). Eksekutiv svikt ses ikke bare ved hjerneorganiske lidelser, men også til en viss grad ved schizofreni og andre alvorlige psykiske lidelser.

Hypotesen om ekstrem selvneglisjering som manifestasjon av frontotemporallapspdemens ble fremsatt i 1989 (15). Den har vært omdiskutert, men har fått støtte i en kasuistisk artikkel (14) og i en større amerikansk gjennomgang av over 500 pasienter med svært sviktende egenomsorg (16). Årsakene til ekstrem selvneglisjering er multifaktorielle, men muligens er frontal dysfunksjon og eksekutiv svikt viktige fellesfaktorer.

Behandling

Det første problemet i behandlingskjeden er opprettelse av kontakt med helsevesenet. Personene tar ikke selv kontakt med hjelpeapparatet. Henvisninger kommer i forbindelse med kriser; personen blir funnet

syk eller skadet eller naboer klager over søppel, vond lukt eller brannfare (6).

I Sydney er det opprettet en egen «squalor hotline» hvor bekymrede pårørende og andre kan ringe og melde fra. Antall henvendelser de første ni månedene etter opprettelsen var 200 (J. Snowdon, personlig meddelelse).

Hvis situasjonen ikke er kritisk, anbefales gjentatte hjemmebesøk av helsepersonell (6). Formålet er å etablere en allianse med personen med håp om i neste omgang å kunne komme til med hjelp. Det er viktig å få vurdert psykisk

tilstand inkludert kognitiv funksjon og samtykkekompetanse. Hvis frivillig undersøkelse ikke fører frem, kan innleggelse til tvungen observasjon i en (alders)psykiatrisk avdeling i noen tilfeller bli aktuelt. Dette gjelder når det mistenkes en alvorlig sinnslidelse; for eksempel paranoid psykose, schizofreni eller demens. Avhengig av grad av realitetsbrist og psykiatrisk tilleggsproblematikk (hallusinasjoner, vrangforestillinger med mer), vil demens kunne anses som en alvorlig sinnslidelse i henhold til lov om psykisk helsevern. Krav om behandlingspotensial og/eller fare for pasienten selv eller andre må også være oppfylt. Hvis pasienten allerede er utredet og har en kjent demenssykdom, er i alvorlig helsefare og motsetter seg helsehjelp, kan innleggelse i sykehjem etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A være rett tiltak.

Manglende lidelsestrykk gjør beslutningen om å gripe inn med tvang vanskelig. Respekt for autonomi og ønske om å hjelpe står mot hverandre. Personen vil oppleve innleggelse som et overgrep. Likegyldighet eller direkte fiendtlighet medfører også at diagnostisering, kognitiv testing, vurdering av samtykkekompetanse og somatiske undersøkelser blir krevende.

Mens pasienten er innlagt, bør boligen rengjøres og eventuelt renoveres. I enkelte saker må kommunelege vurdere om boligen overhodet er beboelig, jf Forskrift om miljørettet helsevern og Forskrift om skadedyrbekjempelse i lov om kommunehelsetjenesten. Hvis boligen skal rengjøres, vil oppgaven være for stor for hjemmetjenesten og rengjøringsbyråer må kontaktes. Hvem som skal betale høye regninger, blir erfaringsmessig et problem. Hvis pasienten har vanskeliggjorte kjæledyr, må dyrevernmyndigheter kontaktes. Det kan også bli aktuelt å søke overformynderiet om hjelpeverge.

«I studier basert på personer henvist til helsevesenet på grunn av ekstrem urenslighet kan psykiatrisk diagnose stilles hos over 50 prosent.»

Hovedbudskap

- Ekstrem selvneglisjering betegner personer som lever i ekstrem urenslighet og motsetter seg hjelp
- De hyppigste diagnosene er demens, schizofreni og rusavhengighet
- Eksekutiv svikt og andre tegn til frontal dysfunksjon finnes hos noen
- Det er behov for kartlegging av sykdomsforekomst, og for retningslinjer for håndtering av pasientene

Hvis det viser seg at pasienten har en psykisk lidelse som lar seg behandle, vil det selvsagt være mulighet for bedring av den psykiske tilstanden og derigjennom håp om større villighet til å ta imot hjelp. Ved demenssykdom med alvorlig funksjonssvikt kan man måtte utskrive pasienten til sykehjem mot vedkommendes vilje med hjemmel i lov om pasientrettigheter kapittel 4 A.

Dersom man ikke finner demens eller psykisk lidelse og hjemmel til å gripe inn, må pasienten returnere til hjemmet. En kasuistisk oppfølgingsstudie (17) samt en større undersøkelse av status ett år etter alderspsykiatrisk vurdering, viser at personen da raskt er tilbake i samme situasjon som før innleggelse (5). Det er ingen systematiske oppfølgingsstudier som kunne si noe om hvilken intervensjon som ville gi best resultat i lengden (6). Sydney-studien var en undersøkelse av 120 personer henvist over en sjuårsperiode. 75 av disse ble vurdert ett år etter utskrivning (5). 38 bodde fortsatt hjemme og i omtrent samme urenslighet som før. 25 bodde i institusjon, sju hadde flyttet (oftest til pårørende), fem var døde. Studien sier ikke noe om hvordan de som hadde flyttet, opplevde sin nye situasjon.

I en kanadisk rapport anbefales det å forsøke å fange opp personer i risikozonen så tidlig som mulig, samt å ha et eget innsatsteam som rykker ut når en sak blir meldt (18).

I Australia har man utgitt retningslinjer med algoritmer for hvordan man håndterer saker hvor personen motsetter seg respektive ikke motsetter seg hjelp, har eller ikke har samtykkekompetanse og gir anbefaling om nettverksmøte med bred deltakelse (19). Det er også utarbeidet egne retningslinjer og råd til de helsearbeiderne som er i direkte kontakt med pasientene samt en egen skala The Environmental Cleanliness and Clutter Scale for vurdering av alvorlighetsgrad (20). Forfatterne ber om at retningslinjene utprøves i andre land og ønsker tilbakemelding på nytten og på juridiske forhold som eventuelt må tilpasses.

Konklusjon

Det er vanskelig for fastlegen og hjelpeapparatet for øvrig å håndtere saker med personer som lever i ekstrem urenslighet og motsetter seg enhver hjelp. Presset fra pårørende, naboer og medier kan være stort samtidig som handlingsalternativene er uklare. Medisinske, etiske,

juridiske og dels også økonomiske forhold må veies opp mot hverandre. For den enkelte lege som kommer i en slik situasjon, ville bedre koordinering og enkle kjøregregler kunne være til betydelig hjelp. For pasientene ville det kunne bidra til bedret behandling og større rettsikkerhet. Vi bør i Norge vurdere om australske retningslinjer for tiltak bør oversettes og utprøves.

■ marianne.holm@sthf.no

REFERANSER

1. Shaw PHS (1957) The evidence of social breakdown in the elderly. *J R Soc Promot Health: R Soc Health J*; 77: 823-30.
2. Macmillan D, Shaw P (1966) Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *BMJ*; 2: 1032-7.
3. Clark AN, Mankikar GD, Gray I (1975) Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*; 1: 366-8.
4. Halliday G, Banerjee S, Philpot M et al (2000) Community study of people who live in squalor. *Lancet*; 355: 882-6.
5. Snowden J, Halliday G (2007) Severe domestic squalor among Sydney older persons: a study of prevalence and outcome. *Int Psychogeriatr*; 19 (suppl 1): 104.
6. Cooney C, Hamid W (1995) Review: Diogenes syndrome. *Age Ageing*; 24: 451-3.
7. Pavlou MP, Lachs MS (2006) Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? *J Am Geriatr Soc*; 54: 831-42.
8. Wrigley M, Cooney C (1992) Diogenes syndrome – an Irish series. *Ir J Psychol Med* 1992; 9: 37-41.
9. Halliday G, Snowden J, Simpson B (2005) Diogenes syndrome in a pair of siblings. *Can J Psychiatry*; 50: 567.
10. Byard RW, Tsokos M (2007) Forensic issues in cases of Diogenes syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*; 28: 177-81.
11. Snowden J, Shah A, Halliday G (2007) Severe domestic squalor: a review. *Int Psychogeriatr*; 19: 37-51.
12. Greve K (2004) Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*; 19: 703-5.
13. Saxena S (2007) Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *Am J Psychiatry*; 164: 380-4.
14. Beauchet O, Imber D, Cadet L et al (2002) Diogenes syndrome in the elderly: clinical form of a frontal dysfunction? Four case reports. *Rev Med Interne*; 23: 122-31.
15. Orrell MW, Sahakian B, Bergmann K (1989) Self-neglect and frontal lobe dysfunction. *Br J Psychiatry*; 155: 101-5.
16. Dyer CB, Goodwin JS, Pickens-Pace S et al (2007) Self-neglect among the elderly: a model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *Am J Public Health*; 97: 1671-6.
17. Greve K (2007) Diogenes syndrome: a five-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry*; 22: 1166-7.
18. Pelletier R, Pollett G (2000) Task force on senile squalor – final report. London: Middlesex-London Health Unit.
19. Snowden J, Halliday G (2009) How and when to intervene in cases of severe domestic squalor. *Int Psychogeriatr*; 21: 996-1002.
20. Halliday G, Snowden J (2009) The Environmental Cleanliness and Clutter Scale (ECCS). *Int Psychogeriatr*; 21: 1041-50.

*) Holm M (2010) ekstrem selvneglisering. *Tidsskr Nor Lægeforen* vol 130, nr. 24, s. 2469-71.

**) Mål for sykdoms- og døds hyppighet i en befolkning. Uttrykkes ved antall nye sykdomstilfeller eller dødsfall i løpet av en bestemt tidsperiode, f.eks. et år, dividert med antall personer i befolkningen (red.anm.)

***) Prosessen med å gjøre et teoretisk begrep om til en målbar variabel kalles operasjonalisering (red.anm.)

****) Tilstand som er til stede like før man kan påvise den ved hjelp av kliniske undersøkelsesteknikker. Noe som ikke kan bekreftes ved måling/testing (red.anm.)

POPULÆR MOTTAKER:
Peter Skredder-prisen gikk i år til
Birger Lillesveen (t.h.).
– En grunnleggende verdi i ditt
engasjement er og har alltid vært
pasientens beste, understreket
professor Lars Danbolt da han
delte ut prisen.



Årets Peter Skredder

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Sykehuset Innlandets Peter Skredder-pris gikk i år til lederen av Sykehuset Innlandets Alderspsykiatriske forskningssenter, Birger Lillesveen, «fordi han på særlig vis, gjennom flere tiår, har bidratt til økt innsikt, forståelse og åpenhet i forhold til personer med demens».

Prisen ble delt ut i forbindelse med Sykehuset Innlandets markering av Verdensdagen for psykisk helse på Sanderud sykehus den 10. oktober.

I sin tale til Birger Lillesveen sa professor Lars Danbolt fra Religionpsykologisk senter ved Sykehuset Innlandet at prismottakeren har bidratt til mer åpenhet, større forståelse og langt bedre kunnskap og innsikt om hva det innebærer å ha aldersrelaterte psykiske lidelser, være

pårørende til mennesker med slike lidelser - og når det gjelder å drive omsorg og behandling på dette feltet.

Banebrytende arbeid

Birger Lillesveen ledet på 1980-tallet et endringsprosjekt ved demensavdelingene ved Brumunddal sykehjem, og var senere en sterk pådriver for etablering av alderspsykiatrisk avdeling ved Sanderud sykehus. I dag leder han Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet, og har i godt samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse utviklet det til å bli et av de ledende fag- og forskningssentre i landet.

– Dere har i løpet av kort tid fått frem flere doktorgrader og betydningsfulle vitenskaplige publikasjoner innen deres område. Du har med ditt arbeid bidratt til en kvalitetsheving av demensomsorgen og alderspsykiatrien. Det gjelder både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, fremholdt Lars Danbolt.

Må prioriteres høyere

Birger Lillesveen selv mottok prisen med stolthet og glede.

– Dette er en stor ære og anerkjennelse for meg, jeg er både takknemlig, glad og stolt, sa han.

– Men, og det er et stort men: Det er en stor utfordring at norsk alderspsykiatri ikke har vært integrert i myndighetenes planer. Det haster med å forberede spesialisthelsetjenesten på den neste eldrebølgen, for om 30 år vil det faktisk være dobbelt så mange personer med demens her i landet som det vi har i dag. Jeg er ikke den første som har sagt dette, men dersom vi skal klare å ta imot det økende antallet henvendelser som vil komme, må vi få på plass en opptrappingsplan for alderspsykiatri. En slik opptrappingsplan må selvfølgelig ha fokus på forskning, for det er mye vi enda ikke vet, og ikke minst tror jeg at mye må gjøres på en annen måte når vi etterkrigsbarna blir gamle. Sikkert er det likevel at alderspsykiatrien i fremtiden vil bli en hovedgren i psykiatrien, mente Birger Lillesveen.

Peter Skredder-prisen ble innstiftet av Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern, i forbindelse med 100-års jubileet for Sanderud sykehus i 2008. Prisen fikk sitt navn etter Peter Skredder, som var pasient på Sanderud i 65 år, fra 1914 til sin død i 1979. Peter Skredder har også gitt sitt navn til hovedveien inn til Sanderud. I statuttene heter det at «Prisen kan gis til en person eller gruppe/organisasjon/institusjon i Innlandet, som på særlig vis har bidratt til økt innsikt, forståelse og åpenhet i forhold til psykiske lidelser.» Prisen innebærer, foruten ære og diplom, 10 000 kroner.

Dikt og demens

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Da Endre Lillethun mistet taleevnen på grunn av Alzheimers sykdom, diktet konen Karen Lillethun seg gjennom sorgen.

Diktsamlingen *Til minne om Endre* er Karen Lillethuns (84) poetiske farvel med sin kjære ektemann Endre Lillethun, som døde i 2010. I diktene sine skildrer hun en rekke dyrebare øyeblikk og opplevelser fra parets samliv, i håp om at de også kan utgjøre en verdi for andre.

– Ett av de første diktene jeg skrev var *Du snakker med øynene*. Endre var hele tiden så veldig observant med blikket. Det er også noe av det siste jeg forbinder med mannen min; hele tiden dette blikket, så selvbevisst til stede, sier Karen Lillethun.

Utgangspunkt pårørende

Karen Lillethun er fra Haugesund, men har bodd i Bergen siden 60-årene. Sammen med ektemannen fartet hun også til en rekke andre steder i verden.

– Endre var professor i partikkelfysikk, og vi opplevde så mye spennende sammen takket være hans karriere. Diktene er skrevet i stor takknemlighet, sier Karen.

Karens nye rolle som pårørende dannet utgangspunkt for skrivingen:

– Vi hadde kjent hverandre i så mange gode og onde dager Endre og jeg, i glede og sorg. Brått ble alt så annerledes.

Når Karen Lillethun snakker om skriveprosessen kommer hun stadig inn på ektemannens siste år.

– Han var en nysgjerrig type, observerende i smått og stort. Vi kunne sitte sammen i hagen på sykehjemmet, og selv om han mistet språket etter hvert, klarte han å formidle til meg; «Se der. En maur!» Det ble en gave for meg at han bevarte denne evnen helt til det siste, forteller hun.

Ord til trøst

Før Karen begynte å skrive selv trøstet hun seg ved å lese hva andre hadde skrevet, deriblant Åse Marie Nesse:

– Jeg hadde lest Nesse fra jeg var ung, men først nå oppdaget jeg *Vinterhuset*¹, der hun har skrevet så nydelig om demens. Jeg kjente meg igjen, følte meg trøstet og kan vel si at det var hun som inspirerte meg til å formulere alt dette rare jeg har i hodet.

Etter å ha skrevet seg gjennom de siste årenes opplevelser og følelser samlet Karen Lillethun 14 av diktene og utga dem selv.

– Det lille heftet mitt vakte overraskende stor oppmerksomhet, og jeg har nå solgt unna hele førsteopplaget på 100 eksemplarer, de fleste til andre pårørende. Det som har forbauset meg mest er kanskje folks reaksjoner når de har lest diktene. Mange synes at de er så vakre, forteller hun.

¹) Nesse ÅM (1981) *Vinterhuset*. Oslo: Samlaget.



LINDRENDE ORD:

Da ektemannen gjennom nær 60 år fikk demens, fant Karen Lillethun først en trøst i andres dikt. Deretter begynte hun å skrive selv.

Velkomst

Du sitter i stolen som du pleier.
Alvorlig. Stilt speidende.

Ser bildet
der to leoparder spenner alle muskler
i solrikt svev over savannen.
Ser Afrika.

Ser klokkestrengen
der korssting former sarte blomsterranker
som minner om fordums sommer.
Ser mor.

Ser skyene
som lekent farer forbi hverandre høyt oppe
og lager det fineste fargespill i gråhvitt.
Ser fuglene.

Så ser du meg komme.
Og som leopardene
samler du din muskelkraft
i et innvendig byks,
løfter armene lett,
vinker velkommen.
Hele deg er et smil.

Jeg hører de tause ordene
som øynene former,
klart, som ble de ropt ut på torget:
«Hei, så godt å se deg, kjæreste!»

Hyrdestund

Når nakent blikk,
like nært som hud mot hud,
uten distraherende fraser,
uten forklarende fotnoter,
uten forbehold,
bare gir og gir,

når nakent blikk,
like nært som hud mot hud,
uten baktanker,
uten nøling,
uten blygsel,
kjærtegner, stryker,

da skimter jeg smerten
bak det stille smilet,
da kjenner jeg styrken
i frimodige øyne,
da sanser jeg viljen,
utholdende som før.

På bar bakke, sammen,
nås målstreken, nuet.
Og rollene blandes
når styrke og avmakt
fordeles til hjelper og hjulpet:
to linedansere i likevekt.

Øyeblikket, det trofaste, rause,
kommer fornyet, igjen og igjen.
En primula og søndagssolen
er på plass på kaffebrettet.
Albinonis fløytetoner fyller ut
en hyrdestund der alt er godt.



Kast spisesmekkene og skap inkluderende måltider

«Jeg har sett glitrende eksempler på godt gjennomtenkte måltider der beboerne inkluderes i et trygt og trivelig fellesskap. Jeg har også sett måltidsrutiner preget av å være matservering heller enn måltider.»

Gjennom mange timers observasjon og bruken av Dementia Care Mapping (DCM) (1,2) på en rekke sykehjem rundt i Norge, har jeg hatt god anledning til å gjøre refleksjoner over hvordan måltidene legges til rette for beboerne. Jeg har sett glitrende eksempler på godt gjennomtenkte måltider der beboerne inkluderes i et trygt og trivelig fellesskap. Jeg har også sett måltidsrutiner preget av å være matservering heller enn måltider. Beboerne får maten satt foran seg og blir oppmuntret til å spise, men uten noen form for ledsagende tilrettelegging for trivsel og sosialt fellesskap. Allerede i 1990 skrev ergoterapeut Grethe Berg rapporten «Uten mat og drikke...» (3), der hun på en praktisk og engasjerende måte understreker viktigheten av å bruke måltidene som en utmerket anledning til å gi god miljøbehandling til beboere på sykehjem generelt og personer med demens spesielt. I en revidert utgave, «Til dekket bord» (4), utdyper hun viktigheten og mulighetene til å bruke måltidene som en målrettet aktivitet som kan gi opplevelse av mestring, gjenkjennelse, orientering, stimulering av sansene, sosialt fellesskap og trivsel. Det er fortsatt et stort potensial å hente ut i bevisst satsing på å skape måltider for beboerne i stedet for kun å servere mat.

Personsentrert omsorg

Ved veiledning til personalet i etterkant av DCM-observasjoner anvendes personsentrert omsorg som verdigrunnlag. DCM er et verktøy for å hjelpe personalet til å praktisere en personsentrert tilnærming til beboerne som underbygger deres opplevelse av verdi som mennesker til tross for demenssykdom og funksjonssvikt. Tom Kitwood (5) beskrev personsentrert omsorg og tar opp temaet «å være en person» i tilknytning til demensutvikling. Han bruker begrepet *personhood* som vi ikke har noe dekkende begrep for i det norske språket. Det nærmeste vi kommer er trolig personverd, og det defineres som den verdi eller status som tildeles et annet menneske av andre i mellommenneskelige relasjoner. Kitwood beskriver fem grunnleggende behov som alle mennesker har, men som spesielt gjør seg gjeldende for personer med demens. Det er behovet for trøst, identitet, tilknytning, inklusjon og beskjeftigelse. Alle disse behovene kan bli dekket under et måltid. I og med at måltidene gjentas fire til fem ganger om dagen, gir de en utmerket anledning til å underbygge beboernes opplevelse av verdi som mennesker. Positive så vel som negative eksempler kan observeres.

Hvis beboeren får knyttet en spisesmekke rundt halsen uten å bli spurt, skyves bort til bordet, får satt frem en tallerken med ferdig smurte skiver samt melk og kaffe i glass og kopp for så å bli overlatt til seg selv, serveres maten, men han deler ikke måltidet med noen. Bruken av spisesmekker gir et signal om at det forventes at beboeren vil sole på klærne sine. Noen ganger ledsages også handlingen med å knytte på smekken med bemerkningen: Her får du en smekke på så du ikke søler på klærne dine. Hvordan opplever beboeren dette? Hva gjør det med synet på og respekten for vedkommende hos menneskene rundt? Bygger det opp eller bryter det ned personverdet, den status vi tildeler ham? Kitwood (5) ville kalle en slik handling for barnliggjøring, fordi vi ved



VIKTIG FELLESSKAP:

Ved Råkhaugen dagsenter for personer med demens er måltidene høyt prioritert. Ingrid Margrethe Berild (t.v.), fagarbeider Astrid Andersen, Ingrid Antonie Gamsgrø og Marit Skrudland Wiig nyter her en bedre frokost.

(Illustrasjonsfoto: Bente Wallander)

å bruke spisesmekker behandler personer med demens som om de er barn. Det finnes mange andre løsninger for å hindre at beboerne får mat eller drikke på klærne sine. Servietter er det vi vanligvis bruker ved måltider. Noen sykehjem bruker tøyservietter eller forklær til de som ønsker det. Ut fra de observasjonene jeg har foretatt kan jeg ikke se at beboerne på disse avdelingene er mer tilsmusset enn de som bruker smekker.

Hvordan kan vi tilrettelegge og gjennomføre måltidene slik at vi samtidig dekker de grunnleggende behovene for trøst, identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inklusjon?

Gi trøst ved tilstedeværelse og ha avslappet tempo

Behovet for trøst møtes ved at omsorgsgiver viser ømhet og interesse for beboeren, sørger for trygghet og har et avpasset tempo som hjelper beboeren til å slappe av. For å møte dette behovet under måltidene, må personalet være til stede, sitte ned sammen med beboerne og signalisere at det er god tid til å spise. Dette krever at organiseringen av måltidene er gjennomtenkt. Hvis personalet er godt forberedt og har det de trenger i umiddelbar nærhet til eller på bordet, kan de sitte rolig sammen med beboerne selv om det er behov for påfyll av drikke, mat og medisiner som skal gis i forbindelse med måltidet. Noen organiserer det slik at ett av personale i et team på to sitter rolig, mens den andre henter det som måtte behøves. Andre har en tralle med påfyll like ved siden av seg som de kan få tak i uten å reise seg.

Noen av beboerne vil trolig ha behov for hjelp til å spise, og det er nødvendig at personalet som skal hjelpe sitter rolig sammen med dem. Å avpasse tempoet under mating er svært viktig for at beboeren skal føle seg trygg og ivaretatt.

Bekreft identitet gjennom delte minner

Behovet for identitet møtes ved at beboerne blir respektert og verdsatt for den de er med sin unike bakgrunn og erfaring. Ved å kjenne og aktivt bruke deres livshistorie, preferanser og vaner i samværet rundt bordet, kan beboerne føle seg bekreftet, akseptert og anerkjent. Mat og måltider gir god anledning til å dele minner. Samtalen er avhengig av at personale tar initiativ, bringer inn tema, spør den enkelte rundt bordet om hva de kan erindre, og hjelper med å holde tråden i samtalen. Et eksempel fra en frokostobservasjon kan illustrere hvordan dette kan foregå i praksis.

Det serveres lomper og personalet spør beboerne rundt bordet en etter en om hvilke erfaringer de har med lomper og lefser fra sin oppvekst. En av beboerne forteller om lefsebaking og gjengir etter hvert hvilke ingredienser hennes mor brukte til å lage fyll i lefsene. En annen forteller om flatbrødbaking, og en minnes turer i fjellet der de hadde lomper i sekken.

Denne type samtaler vil ikke være mulig uten personalets aktive medvirkning idet de tar initiativ, bringer tema på banen, sørger for at alle blir med, oppklarer misforståelser og bringer inn egne opplevelser som det kan assosieres over.

Gi opplevelsen av å høre til og føle seg hjemme

Behovet for tilknytning møtes ved at den virkelighet og opplevelsesverden som beboeren befinner seg i, anerkjennes og støttes. Sensitivitet for beboerens følelser og ståsted må ha første prioritet. Denne forståelsen må møtes med ærlighet og åpenhet. Hvis personalet sitter sammen med beboerne under måltidene, gir dette ro og en mulighet til å fange opp hvordan beboerne opplever tilværelsen. Utsagn som: «Hvor lenge skal jeg være her? Når kan jeg dra hjem?» dukker ofte opp ved

bordet. Et ærlig svar med gjentatt forklaring fra personalet der beboeren forsikres om at de hører til og er ønsket på sykehjemmet, kan bidra til å dekke behovet for tilknytning og gi en opplevelse av å høre til sammen med de andre. Et eksempel fra et middagsmåltid kan illustrere dette.

En av beboerne har vært hos frisøren og er veldig fornøyd med resultatet, noe hun får masse positiv tilbakemelding på. Hun er imidlertid bekymret for hvor hun skal kunne ta ut penger for å gjøre opp for seg. Hun har glemt at hun er på sykehjem og engster seg for hvordan hun skal komme seg i banken. Personalet som sitter der forstår hennes uro og forklarer rolig at hun er på sykehjemmet, nevner stedet ved navn, sier at beboeren har plass på sykehjemmet nå og at timen hos frisøren er gratis. Dette må hun gjenta flere ganger før beboeren faller til ro og er forsikret om at alt er i orden.

Ved måltidet er det mulighet for å være sammen over tid, og det gir personalet en gyllen mulighet til både å fange opp hvilken virkelighetsoppfatning beboeren har og møte denne med forståelse, forklaring og støtte.

Å få delta aktivt og bruke sine ressurser

Behovet for beskjeftigelse møtes ved at det legges til rette for egen mestring og at beboerne gis mulighet for å bruke de evner og ferdigheter de har. Det er nødvendig å finne ut hvilken grad av støtte som behøves for så å yte denne. Anerkjennelse og oppmuntring er viktig for å stimulere til engasjement, og det må legges opp til samarbeid i forhold til hva som skal skje ved at en rådfører seg med beboeren og arbeider sammen. Måltider gir utmerkede muligheter til å møte beboernes behov for beskjeftigelse. Noen ønsker å være med å dekke eller rydde bordet, mens andre er oppmerksomme og sender fat og fløtemugge rundt til de andre. Personalet må være bevisste på å bruke de mulighetene som er der for å engasjere beboerne i aktiviteter i tilknytning til og under måltid.

En kvinnelig beboer som har vært lærer på en husflidskole viser stort engasjement i å legge servietter på til alle. Det er ikke snakk om å brette dem på en enkel måte, men de blir lekkert dandert og satt opp som en bue. Hun blir glad for positiv tilbakemelding på jobben.

Graden av hjelpebehov som den enkelte beboer har under måltidene må være kartlagt og hjelpen avpasset etter dette. Hvis beboeren kan smøre maten selv eller forsyne seg selv fra serveringsfat, må det legges opp til at det er mulig.

Å legge til rette for mestring og beskjeftigelse, kan innebære å måtte sette beboere i gang med å spise uten å ta over mer enn nødvendig. En muntlig oppfordring er noen ganger nok, andre ganger må det gis handledning ved å hjelpe beboeren å gripe brødiskiva eller gaffelen eller føre skjea opp til munnen. Dagsform kan variere og behovet for konkret hjelp til spising behøver ikke være konstant. Det er derfor viktig at personalet tilpasser den praktiske hjelpen til det aktuelle behovet for hjelp.

Å bli invitert inn i et fellesskap

Måltider er som skapt for å møte behovet for inklusjon som innebærer å legge til rette for og oppmuntre følelsen av å være inkludert både fysisk og sosialt, bli akseptert og verdsatt. Humor og en lun tone i det sosiale samværet medvirker til opplevelsen av å høre til i fellesskapet.

Beboerne bør hilses velkommen til bordet av personalet, tiltales ved navn og introduseres for de andre som de deler bordet med. Slik kan de hjelpes til med å huske hverandre og det at de har delt måltider tidligere.

En kvinne som følges til frokostbordet blir introdusert for de andre når hun kommer. De hilser og undrer seg på om de ikke har vært sammen også tidligere. Personalet bekrefter dette. Herren som har plassen ved siden av henne, sier: Kom og sett deg her. Du er så trivelig å være sammen med. Jeg husker deg fra i går. Kvinnen lyser opp og de får en trivelig stund sammen.

Ikke alle beboere ønsker å sitte sammen med andre under måltidene. Noen vil helst sitte på eget rom eller få servert frokost på sengen. Dette må det gis anledning til. Imidlertid er det viktig at dette ikke blir en rutine som fører til at den beboeren som en gang har valgt å sitte for seg selv, aldri blir invitert inn i fellesskapet. Det gir en annen opplevelse av personverdet om du takker nei til en invitasjon fordi du ønsker å være alene, enn om du sitter alene uten noen gang å bli invitert til å delta i fellesskapet.

Måltidene gir mulighet til å gi personsentrert omsorg i praksis

Ved denne gjennomgangen av mulighetene som ligger i å planlegge måltidene bevisst for å gi beboerne personsentrert omsorg, håper jeg å kunne inspirere ledere og personale til en vurdering og refleksjon rundt egen praksis. Hvordan opplever beboeren å få knyttet på seg en spisesmekke? Hva ville skje hvis den tas bort? De fem grunnleggende behovene beskrevet av Kitwood (5), er et godt utgangspunkt for å diskutere hvordan måltider kan organiseres og gjennomføres på en slik måte at personverdet til beboerne bekreftes.

■ anne.marie.rokstad@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Rokstad AMM (2004) Dementia Care Mapping (DCM) – en metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens. DEMENS, vol 8, nr 2: 7-9
2. Rokstad AMM; Vatne S (2011) Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. Sykepleien Forskning nr 1;6: 28-34
3. Berg G (1990) Uten mat og drikke... Måltidene som mulighet og utfordring i behandling av aldersdemens. Rapport nr 3, Sosialdepartementets utviklingsprogram om aldersdemens. Sem: INFO-banken.
4. Berg G (2002): Til dekket bord. Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
5. Kitwood, T (1999): En revurdering af demens – personen kommer i første række. Fredrikshavn: Dafolo forlag.

Tester verktøy for boligvurdering

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Kan vi måle hvor godt en bolig fungerer for personer med demens?

– Ja, mener professor Richard Flemming fra det australske universitetet i Wollongong, som i høst har ledet to workshops om temaet her i Norge.

Professor Richard Fleming har sammen med sin kollega Ian Forbes utviklet Evaluation Audit Tool (EAT), et verktøy for kartlegging av det fysiske miljøet i bogrupper for personer med demens.

– Verktøyet er utviklet i Australia, og ved hjelp av dette kan en se hva som er god design for personer med demens i bofellesskap og sykehjem. Vi vil undersøke om dette kan overføres til norske forhold, og drøfter nå muligheten for et samarbeid med utgangspunkt i dette verktøyet, opplyser ergoterapispesialist Torhild Holthe ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Professor Richard Flemming, Torhild Holthe og Astrid Andersen besøkte syv ulike sykehjem i tre kommuner (Årdal, Tønsberg og Sarpsborg) i løpet av den uken Flemming var i Norge. Ved alle disse sykehjemmene ble det gjort kartlegginger der dette verktøyet ble brukt.

– I Årdal og Tønsberg ble det også arrangert workshops, med henholdsvis 35 og 15 deltakere, opplyser Torhild Holthe.

Resultatene fra de ferdig utfylte skjemaene skal nå granskes for å finne ut om de er egnet til å kartlegge kvaliteten på boliger for personer med demens også i Norge. Hvis verktøyet fungerer skal man få frem en tydelig profil som kan si noe om grad av vellykkethet. Eventuelle behov for forbedring vil også fremkomme. Skjemaene er allerede i bruk i Australia, Japan og Tyskland, og Torhild Holthe ser at dette kan danne grunnlag for et fremtidig forskningssamarbeid.

– Vi vil kartlegge noen flere sykehjem før vi går gjennom skjemaet og ser om det er kulturelt relevant for Norge. Vi må også vurdere om vi har behov for denne metoden. Allerede ser vi at de stedene i Norge som er målt, skårer bedre på enhetenes størrelse og deres familiaritet, det vil si gjenkjennende miljø, sier hun.

GRANSKER BOMILJØENE: Professor Richard Flemming sammen med initiativtakerne Torhild Holthe (t.v.) og Astrid Andersen, begge ergoterapispesialister ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.



MÅL I SIKTE: – *Kravene må tilpasses de tilgjengelige ressurser. Husk: Det er bedre å nå målet sent enn aldri, sier GERIAs prosjektleder Kirsti V. Solheim.*



Forankring av miljøbehandling – Hvordan skape varig endring

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Det må arbeides systematisk og målrettet dersom miljøbehandlingsmetoder skal bli en naturlig del av de ansattes hverdag. Det viser erfaringene fra SMET-prosjektet, som har vært ledet av GERIA – Oslo kommunes ressurscenter for demens/alderspsykiatri.

– Vi ville finne ut om det fantes noen suksessfaktorer vi kan ta i bruk for å få nye tiltak/arbeidsmetoder til å vare og de ansatte til å gjøre det som er faglig riktig og viktig, i en ellers presset hverdag. Det er som kjent lettere å gjøre det vi alltid har gjort – for det går av seg selv – i stedet for å gjøre noe nytt, sier lederen for SMET-prosjektet, Kirsti V. Solheim.

Navnet SMET henspiller på de fire individualiserte miljøbehandlingsmetodene som er søkt forankret: *Sansehage, Musikk, Erindring og Terapeutisk berøring*. Prosjektet involverte fire sykehjem i Oslo: Ryenhjemmet, Silurveien, Tåsen og Abildsø sykehjem (Opplæringscenter for sykehjem). Til sammen syv avdelinger deltok og hvert sykehjem valgte to metoder hver, hvorav alle valgte individualisert musikk, én terapeutisk berøring, én erindring og én sansehage.

Dokumentasjon

– *Individualiserte miljøbehandlingsmetoder (IMM) og trivselstiltak (TT) er to forskjellige ting, ifølge Solheim.*

– *IMM har som mål å erstatte legemiddelbehandling. Tiltakene er rettet mot en spesifikk situasjon, følelse og/eller atferd.*

Et eksempel var en kvinne med demenssykdom som på ettermiddag/kveld utviklet stor grad av angst som viste seg ved rastløshet og uro. Pasientens atferd smittet over på øvrige pasienter og var krevende for personalet å takle. Uroen var tidligere blitt løst medikamentelt. Som et alternativ ble det i stedet forordnet ti minutter daglig håndmassasje.

– *Effekten var rask og påfallende: Kvinnen endret atferd ved å virke rolig, trygg og tilfreds; noe som medførte seponering av legemiddelbehandlingen. Når huden, i dette tilfellet hender eller føtter, blir utsatt for en rolig og jevn massasje etter et fast innlært mønster i minst ti minutter, utskilles antistresshormonet Oxytocin. I prosjektet ble metoden også brukt som en erstatning for sovemedisin. Fra en avdeling ble det meldt om ti prosent reduksjon på innkjøp av beroligende legemidler,* forteller Kirsti V. Solheim.

IMM ble ikke iverksatt før man kunne dokumentere effekt via et kartleggingsredskap kalt Velværeskjema.

TT er også en viktig del av miljøbehandlingspakken, men disse tiltakene er ikke rettet mot en spesifikk situasjon, følelse eller handling og erstatter ikke legemiddelbehandling.

– *De kan likevel være et viktig supplement for å bidra til trivsel, understreker prosjektleder.*

Vær realistisk

– *Utgangspunktet for hver av de syv deltagende avdelingene var forskjellig, noe som igjen påvirket fremdriften. Ved noen avdelinger nådde man langt i løpet av kort tid, mens andre steder var forankringsarbeidet mer krevende, noe som medførte lengre tidsbruk, sier Kirsti V. Solheim.*

I prosjektet jobbet man systematisk med to fokusområder. Det ene området, kalt **Akse A** – *Den organisatoriske akse*, innebar arbeid med rutiner, innkjøp og plassering av nødvendig utstyr, informasjon og opplæring, mens **Akse B**, *Samhandlingsaksen*, innebar arbeid i forhold til leders og ansattes samarbeidsevner, ansvarlighet, tydelig kommunikasjon med mer. Det ble utviklet en *SamHandlingsBank*, som inneholdt ulike former for redskaper til bruk i dette arbeidet.

Prosjektet synliggjorde noen forutsetninger for å skape varig endring, en del kan nevnes her:

- Stabilitet i personalgruppen er en fordel. På arbeidsplasser med store utskiftninger er det vanskeligere å få til noe over tid.
- Avdelingslederne må involveres og gis ansvar.
- Det er viktig å ta utgangspunkt i eget ståsted og arbeide systematisk og målrettet med realistiske og gjennomførbare delmål.
- Alliertfunksjonen har effekt: Lær opp en kollega i aktuell metode. Etter hvert kan den allierte lære opp en ny ansatt, som igjen lærer opp en ny ansatt, som igjen....!

– *Husk at endring av atferd ikke er enkelt. Vi må alle ta ansvar for å skape et klima hvor ansvarlighet, faglighet og motivasjon er rådende verdier. Dette går på fag kombinert med ledelse. Eller sagt med andre ord: Faglig ledelse, understreker Kirsti V. Solheim.*

Demensinfo.no

Helsedirektoratets erfaringsportal om demens

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

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

www.demensinfo.no

Alzheimerdagen 2011

– Husk de som glemmer og støtt deres pårørende

■ Tekst og foto: Bente Wallander

Den internasjonale Alzheimerdagen 21. september markeres årlig mange steder i landet. D&A besøkte arrangementet som Nasjonalforeningens fylkeslag i Oslo inviterte til. Her var det over 400 deltakere.



Drøyt halvparten var skoleelever og lærere som kom på dagtid for å lære mer om demenssykdommene. Ettermiddagens program ble innledet av SVs stortingspolitiker Karin Andersen. Hun var opptatt av de som faller utenfor.

– Vi må huske på de som glemmer, og gi støtte til deres pårørende, understreket hun.

Med stort engasjement utdypet Karin Andersen det hun mente var nødvendige tiltak for å utvikle norsk demensomsorg:

– Det handler om menneskeverd og livskvalitet for alle. God omsorg for personer med demens er også god omsorg for deres pårørende. Politisk er det veldig viktig å løfte dette opp som et verdspørsmål, sa Karin Andersen.

– Kompetanseheving står sentralt. Gjennom stortingsmeldingen om Velferdsutdanningen jobber vi med å styrke undervisningen om demens – både i grunn-, videre- og etterutdanning. Vi må også arbeide for å etablere tilstrekkelig mange sykehjemsplasser og folks rett til sykehjemsplass bør styrkes.

Oslo museums formidlingsleder Linken Apall-Olsen fortalte deretter om museets Møte med minner-tilbud for personer med demens*, mens sykepleier Siri Homelien fra Vern for eldre snakket om *Et verdig liv med demens – personsentrert omsorg*. GERIAs nye film om miljøbehandlingsmetoder ble vist to ganger i løpet av dagen.

SENTRALT: – God demensomsorg er en sentral oppgave for velferdsstaten, sa SVs Karin Andersen.

*) Les mer om dette i D&A nr 2 og 3-2011



UNG INTERESSE: Mange skoleelever møtte frem for å lære mer om demenssykdommene under årets Demens i Oslo-arrangement.

Fylkenes demenspriser 2011

Nasjonalforeningen for folkehelsen har i forbindelse med Alzheimerdagen og Demensaksjonen delt ut demenspriser i en rekke fylker.

Prisene gis som en honnør til mennesker som har utført en innsats utenom det vanlige til beste for personer med demens og deres pårørende. Demensprisen for 2011 er så langt delt ut til:

Bjørn Harald Hagen i Aust-Agder,
Turid Nyhus i Telemark,
Skarbøvik sykehjem, avdeling 2 i Møre og Romsdal,
Nic. A. Omejer i Oslo,
Tormod Fladby i Akershus,
Leseombudene ved Øvre Eiker bibliotek i Buskerud,
Lyngblomsten Sanggruppe i Hedmark,
Inger Holter i Hordaland,
«Gammelstuggudamene» og **Solveig Skar v/ Furulia, Biri omsorgssenter** i Oppland,
Noen A/S, ved **Heidi Wang** i Nord-Trøndelag,
Ellen Melbye i Rogaland,
Bjarne Størseth i Sogn og Fjordane,
Laila Lanes i Troms,
Astrid Sandvik i Vest-Agder,
Utsikten dagsenter i Finnmark og
Stølstunet, **Oppdal Helsecenter** i Sør-Trøndelag.



HEDRET: Oslo fylkeslag av Nasjonalforeningen for folkehelsen ga sin Demenspris for 2011 til Nicolai Andresen Omejer. – Du får prisen for ditt utrettelige frivillige arbeid for personer med demens på Vinderen sykehjem, sa Oslo fylkesstyres demenskontakt, Kristin Borg. (Foto: Bente Wallander)



■ Anne Helene Jørstad, sykehjemsprest,
Kirkens Bymisjon, Oslo

Intervju i D&A Vol 14, 1-2010.



TRO hos personer med demens

Personer med demens forteller om tro og liv

Anne Helene Jørstad har intervjuet 10 personer med demens om deres kristne tro. I denne artikkelen presenterer hun noen av funnene fra intervjuene. Målet er at funnene kan inspirere til god demensomsorg, der pasientens åndelige behov ivaretas.

Olavstipendet

År 2009 søkte og mottok Anne Helene Jørstad Olavstipendet fra Kirkedepartementet (Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet) for et prosjekt om tro og demens. Olavstipendet er ettårig og gis til en prest som har et praktisk teologisk prosjekt. I 2010 gjennomførte hun prosjektet.

Bakgrunn for intervjuene

Jeg har 11 års praksis som sykehjemsprest og videreutdanninger i sjelesorg og i demens. Jeg er inspirert av psykologene Tom Kitwood og Kjersti Wogn-Henriksens personfokuserte tilnærming til demensomsorg (1,2). Deres arbeid bekreftet det jeg opplevde i mitt virke: at personer med demens kan gjøre rede for egen opplevelse av sitt liv, og at de har glede og nytte av å få gjøre det.

På sykehjemmene var jeg blitt kjent med mange personer med demens som gjennom ord og væremåte fortalte om en levende tro. Jeg ble slått av hvor intakt troen virket. Mange ferdigheter var borte, mye var vondt og vanskelig, men troen var der som et trygt og fast holdepunkt. I alle aldersgrupper finnes det personer som med god grunn har et vanskelig forhold til tro generelt og egen tro spesielt. Men mine informanter opplevde troen som en ressurs. Det modnet seg et ønske om å finne ut mer om troen og dens betydning hos personer med demens. Jeg ønsket å la personene selv komme til orde på egne premisser.

«Tro» kan omfatte mye forskjellig. I denne sammenheng dreier det seg om kristen tro, en tro som forstås innenfor den norske kristne tradisjon og kultur. I Norge blir det et økende behov for å kartlegge troen som ressurs hos personer med demens med andre tros- og livssynsbakgrunner. Men skal vi forstå og legge til rette for andre, må vi først kjenne og kunne legge til rette for vår egen majoritetsbefolkning.

Mål og metode

Målet med intervjuene var å få systematisert kunnskap om troen og dens betydning hos personer med demens.

Pårørende har gitt skriftlig samtykke til deltagelsen. Informantene har samtykket muntlig og/eller skriftlig.

Jeg brukte kvalitativ metode (3) for å få tak i intervju-personenes egne fortellinger og oppfatninger. Det var det de sa og formidlet som var viktig, det som er deres subjektive sannheter.

Intervjuene fulgte en intervjuguide, en liste med tema og spørsmål som jeg ønsket informasjon om. Jeg forventet ikke at alle spørsmålene var relevante for alle informantene, og brukte derfor skjønn når jeg stilte spørsmålene. Rekkefølgen svarene kom i, var ikke viktig, og jeg var åpen for og nysgjerrig på informasjon som ikke sorterte direkte under et av mine spørsmål. Slik fikk jeg opplysninger jeg på forhånd ikke hadde kunnet forestille meg.

Intervjuene ble foretatt i trygge omgivelser på sykehjemsbeboernes egne rom og i stuen til de hjemmeboende. Informanten var vertinne på den måten at hun bestemte hvem som skulle sitte hvor, og ektefeller sørget for kaffe og kaker. På sykehjemmene ordnet informanten og jeg det sammen. Jeg ville at intervjuene skulle oppleves som gode og meningsfulle samtaler for intervjupersonene – det var viktig for prosjektets etiske forsvarlighet.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Båndopptakeren ble introdusert og beundret. Den er så liten og diskret at den fort ble glemt. Etterpå ble intervjuene transkribert og analysert etter tema.

Åtte av ti informanter ble intervjuet to ganger. Hensikten var å se om intervjuene var konsistente, noe de viste seg å være.

Intervjuprosjektet er godkjent av *Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste*.

Kriterier for deltagelse

Kriteriene for å delta var:

- å ha en demenssykdom
- å forstå seg selv som kristen
- å kunne gjennomføre et intervju
- å kunne samtykke til å være med i prosjektet.

Rekruttering

Planen var å intervju 10 til 12 personer. Jeg intervjuet seks sykehjemsbeboere på egen arbeidsplass. I tillegg ble fire hjemmeboende rekruttert gjennom ulike kontakter. Informantene har ulike grader av og typer demens.

Informantene

Informantene var alle over 80 år og bodde i Oslo og omegn. De var ni kvinner og en mann¹. Fem informanter har vokst opp og bodd hele livet i Oslo. De øvrige fem kom fra andre steder i Norge og hadde flyttet til Oslo og omegn. Alle hadde hatt en kristen barnetro, og kom fra ulike kristne miljøer som Den norske kirke, Frelsesarmeen, Blå Kors, KFUK samt ulike misjonsorganisasjoner og frikirker. De hadde vært involvert og aktive i ulik grad.

Intervjuguidens tema

1. Opplevelsen av livet som helhet
2. Opplevelsen av alderdommen og dens gode og vanskelige sider
3. Troshistorie (barnetro og voksentro)
4. Troen nå
 - Bønnens betydning
 - Musikkens og sangens betydning
 - Private andaktsstunder
 - Bibelens betydning
 - Kunstens betydning
 - Gudstjenester og kristne fellesskaps betydning
 - Tro og tvil – tanker om troen
5. Fremtiden
6. Døden
7. Opplevelse av intervjuet.

Resultater

Intervjuene ga meg rikelig med opplysninger på de fleste av temaene. Her kan jeg bare presentere en smakebit. Jeg velger å belyse temaet bønn og gudstjenester/andakter fordi dette er bærebjelker i norsk kristen tro og praksis og har relevans for pleie- og omsorgsytere.

Bønn

Bønn, å be til Gud, var den kristne handlingen som alle de ti informantene fortalte var viktig for dem og som de kan utføre alene. Ni sa at de ba daglig, de fleste ba flere ganger om dagen. Den tiende sa at hun ba ikke hver dag, men ofte. Hun kalte bønn for «å snakke med Gud», og det er en formulering som synes å beskrive alle informantenes forståelse av bønn.

Jeg innledet til temaet omtrent som følger: «Mange kristne ber til Gud, gjør du det?» For å få mer utdypende svar, kunne jeg supplere: «Kan du fortelle meg noe om hva slags bønner du ber?» og «Når ber du?»

Slik fikk jeg vite at de fleste hadde faste vaner knyttet til bønn. Seks fortalte at de ba morgenbønn. Fem fortalte om kveldsbønn. To sa at de ba bordbønn for maten inni seg før måltidene på sykehjemmet. Tre sa eksplisitt at de ba «Fader vår». Tre sa at de ba om tilgivelse når de mente at de hadde gjort noe galt. Disse bønnene var ofte ferdig formulerte og fungerte som faste ritualer i informantenes liv. Informantene formulerte også bønner med sine egne ord.

Svarene viser bredden i informantenes bønneliv. De forteller om en bønnepraksis som er i samsvar med en bred norsk kristelig tradisjon, og som har vært en integrert del av deres liv.

Frida uttrykte seg slik: «Bønn er gått sånn inn i selve livet... Det har gått i blodet. Bønn er det siste om kvelden og det første om morgenen. Det betyr veldig mye for meg.»

Anne beskriver det slik: «Hvis det er noe jeg lurar på, da sier jeg til meg selv: «Du får snakke med Gud» Da får jeg liksom littegranne hjelp.»

Berit ber i stillhet for seg selv. «Og det synes jeg er veldig godt, at det er en som jeg kan si alt til, uten å være redd for at det skulle være galt.» Hun både takker og legger fram det som er vanskelig.

¹ Slik ble det en skjevare kjønnsfordeling enn jeg ønsket, og skjevare enn kjønnsfordelingen både i aldersgruppen generelt og på sykehjemmet. To av informantene som ikke klarte å gjennomføre var menn.

Caroline: «Når jeg har lagt meg, så folder jeg alltid hendene, og så ber jeg «Fader Vår». Jeg ber «God natt og takk for i dag» og så en bønn.»

Else: «Alt blir jo besvart i sin tid. Men tiden er ikke kommet enda, da jeg får alle mine oppfylt. For det er mye rart som kan falle ut av en munn.»

Ingrid ber hele dagen fordi hun trenger det. Hun legger fram alle problemer. Det hjelper. I vanskelige situasjoner ber hun: «Vær her. Vær her. Ikke slipp taket nå!»

Gudstjenester og andakter

Gudstjenester og andakter er gode opplevelser for informantene. Syv av de ti fortalte at de har deltatt regelmessig på gudstjenester og kristne møter gjennom hele sitt voksne liv². Alle fortalte om det kristne fellesskapets positive betydning for dem.

Berit sier det slik: «Det har vært mye for alle i kirken, egentlig. Både for barn og voksne. Det har vært godt.» Hun husket andaktene på sykehjemmet. Berit fortalte at hun prøver å følge med på det: «Jeg synes andaktene er fine, jeg. At man har tid til å sette av tid til å høre på det som blir sagt. Det synes jeg er veldig fint.»

Caroline ville veldig gjerne være med på gudstjenester. Hun begynte det slik: «Det er alvor som en kan ha godt av å høre.» Det talte til henne fordi: «Jeg har litt inni meg. Jeg har en mening. Jeg lever i det jeg lever i.» Det siste siktet til troen. Caroline sa dette om andaktene på sykehjemmet. «Det gjør meg så godt. Jeg har følelsen av at – nå begynner jeg nesten å grine – at dette herre har vært en god kveld eller en god dag. Da har jeg det godt inni meg.» Hun opplever andaktens fellesskap som godt. Der blir hun sett, regnet med og snakket til ved navn. «Og da er det veldig koselig å vite at jeg er med.»

De hjemmeboende fortalte om kirkegang. Helga likte alt ved gudstjenesten: «Det er alt sammen i grunnen. Av og til er det ene bedre, og av og til det andre.» «En søndag uten å være i kirken, det synes jeg ikke blir noen søndag.» Sønn har det vært bestandig, sier hun.

Gunhild ville også til gudstjeneste hver søndag. I gudstjenesten «kan man ta til seg alt». Hun nevnte spesielt prestens tale, nattverden og salmene. Om salmetekstene sa hun: «Du verden så mye det kan gi en.» Hun oppsummerte deltakelsen i gudstjenester slik: «Man får i grunnen så mye som man åpner seg for å ta i mot og tenke dypt i».

Ingrid syntes det er stort å gå til gudstjeneste og nattverd, høre prekenen og få velsignelsen med seg. Nattverden er «en fryd og en glede og en velsignelse». Hele gudstjenesten gir henne nye krefter.

Petter opplevde at han ikke lenger hadde «hjerne og krefter til å delta i gudstjenester (og andre aktiviteter). Det er et tomrom.» Det han savnet mest var nattverden. På spørsmål om hvordan informantene opplevde andaktene og gudstjenestene på sykehjemmet, ble flere informanternes dårlige hukommelse tydelig. Noen husket ikke at de deltok på gudstjenester og andakter på sykehjemmet. For to var spørsmålene forvirrende:

Mens vi snakket om å delta på gudstjenester, ble det klart for meg at Frida trodde at vi var i sommerhuset hennes. Og dit kom det da ingen prest og holdt andakt! Nei, hun gikk da selv i kirken. Frida mente tilsynelatende at hun ukentlig gikk i gudstjeneste i sin barndoms kirke. På spørsmål om hva hun satte pris på ved gudstjenesten, svarte hun: den gode salmesangen, nattverden og «da treffer jeg venner jeg ellers ikke treffer». På spørsmål om hun ville ha hjelp til å komme i kirken hvis det skulle skje at hun ikke kom seg dit selv, svarte hun et raskt og bestemt JA. For det var ingen ordentlig søndag uten kirkegang³.

Elses svar var litt ulike i de to intervjuene. Hun sa: «Jeg deltar ikke på møtene her, for jeg er et fritt menneske som når som helst kan dra ned på møtene i sentrum. Hvis jeg ikke gjør det, er det fordi det er vanskelig å finne parkeringsplasser. Men til sommeren blir det bedre.»

(Da var det full vår ute.) Hun sa også: «Er det møter her? Personalet forteller meg ikke om det. Det er en skam! Det er klart jeg vil være med.»

I det andre intervjuet fortalte Else at andaktene på sykehjemmet var oppløftende: «Ikke bare sånne verdslige ting, men også ordentlige ting. For ellers har det lett for å bli mye tull.»

Orienteringssansen og hukommelsen er altså ikke intakt. Men informantene (også Elses og Fridas) verdier og ønsker er som tidligere: Gudstjenester og møter er viktige arrangement som de vil delta på⁴. De vil informeres, inviteres og hjelpes dit når det er nødvendig. Selv om informantene blander nåværende og tidligere praksis, så kan de gjøre rede for hva de mener er viktig og givende ved å delta.

Informantenes evaluering

Alle informantene satte stor pris på å bli intervjuet og uttrykte glede ved å få snakke om temaet. Caroline sier det slik: «Det har vært litt rart å gi seg bort, om jeg skal si det slik. Og jeg vet at sånn som jeg har sagt, det er sant. Det er slik som jeg er, og sånn som jeg har det.»

Petter: «Veldig positivt. Sempelthen noe godt. Det er en hjelp å få uttrykke den situasjonen en står i.»

³) Jeg vet at Frida allerede får den hjelpen. Når hun er i form til det, er hun alltid med på sykehjemmets andakter og gudstjenester. Da synger hun med og deltar i Fader vår og lytter interessert til det som presten (jg) sier. Av og til sovner hun.

⁴) I Elses tilfelle vet jeg at det er en utfordring at hun sitter så godt i stolen at hun må nødes for å delta, og ofte kommer hun ikke. Kanskje personalet burde nøde litt mer? Er det forskjell på hvor hardt man nøder når det gjelder andakt kontra trim? Anses det som mer forsvarlig eller nødvendig å overtale til trim?

²) «Møter» er en kristen samling der det oftest både synges, bes, leses fra Bibelen og forkynnes. Rommet er vanligvis ikke kirken, men et forsamlingslokale eller bedehus. Instrumentene er gjerne gitar, trekkspill eller piano, og ikke orgel. Dåp og nattverd er sjelden en del av det. De kristne organisasjonene kaller ofte sine samlinger for møter.

Helga: «Å kjære, det er vel jeg som skal si takk til deg, fordi det er veldig hyggelig når noen vil høre på det.»

Denne entydige positive opplevelsen av intervjuene viser at en-til-en samvær som tar utgangspunkt i den demenssykes ressurser er viktig og livgivende.

Min evaluering

Jeg har fått del i mye levd liv og tro, mye godt og mye vondt. Og jeg har fått høre dype tolkninger og refleksjoner omkring hvordan livets vanskeligheter har vært møtt og gjennomlevd. Det har heller ikke manglet på humor, selvironi og latter. Deler av intervjumaterialet oversteg mine forventninger om hva jeg ville få høre. Jeg har ofte blitt rørt og imponert.

Demenssykdommen ga seg flere utslag i intervjuene. Informantene mistet tråden, og jeg plukket den opp for dem. De gjentok seg mye, og jeg lyttet til alle gjentagelsene. Flere av informantene strevde med å finne ordene. Jeg hjalp dem forsiktig, samtidig som jeg ikke ville legge ordene i munnen på dem. Hukommelsen var selektiv. De husket minst fra voksen alder og mest fra barndommen og ungdommen. Spørsmål vedrørende deres voksne liv kunne bli besvart med hendelser fra barndom og ungdom.

Den personfokuserende tilnærmingen ga resultater i et rikt materiale, til tross for informantenes hukommelsesproblemer. Jeg la vekt på informantenes ressurser, og ga dem forståelse av at de var viktige, og at det de formidlet var betydningsfullt for eldreomsorgen og for kirken.

Å intervju personer med demens er en kunst som krever sensitivitet, fokus og utholdenhet. Ved gjennomlytting av intervjuene syntes jeg at jeg innimellom hadde vært for aktiv. Noen ganger avbrøt jeg. Gikk jeg da glipp av viktig informasjon? Andre ganger gjentok jeg informantenes utsagn for å sjekke ut om jeg hadde forstått dem. La jeg da ord i munnen på dem? Disse spørsmålene stilte jeg meg selv underveis, og jeg ble antagelig gradvis en bedre intervjuer.

Jeg intervjuet samme person to ganger. I utgangspunktet var det for å se om de to intervjuene var konsistente. Jeg fant fort ut at de ikke motsa seg selv. Det var ikke nødvendig med to intervjuer for å kontrollere påliteligheten. Jeg unnlot derfor annengangsintervju med to av de hjemmeboende fordi de første intervjuene var svært omfattende. Annengangsintervjuet var allikevel betydningsfullt fordi det ofte da kom fram flere opplysninger. Selv om de færreste husket vårt første intervju, kunne flere nå fortelle mer. Min tolkning er at det første intervjuet hentet fram og satte i gang tanker og følelser som sjeldent ble etterspurt. Derfor kunne informantene fortelle mer andre gang.

Betydning for praksis

Intervjuene har vist at bevisst bruk av en personfokuserende tilnærming kan føre til meningsfulle samtaler med personer med demens om troens betydning for dem. Denne erfaringen kan overføres til mange en-til-en situasjoner, samtaler og samvær. Intervjuene avdekket

også at informantene setter stor pris på noen å utøve troen sammen med.

Det er å ønske at funnene kan inspirere alle omsorgsyttere til å gå inn i troens landskap sammen med demenssyke som har et kristent livssyn. Dette gjelder særlig for pårørende og pleiere på sykehjem og i hjemmetjenesten. Det er et like stort ønske at funnene skal gi nyttig kunnskap for alle i kirken som formidler tro og yter sjelesorg overfor mennesker med demens.

Opplæring og oppmuntring til pårørende

Flere av informantene delte troen med sine ektefeller. Noen hjemmeboende praktiserte fortsatt troen med sin ektefelle tilnærmet slik de hadde gjort sammen gjennom et langt liv. De hadde for eksempel daglige andaktsstunder. Etter hvert opplever pårørende det som vanskelig fordi den syke responderer og deltar mindre. Pårørende kan oppmuntres til å fortsette med slike delestunder. Men de trenger kanskje hjelp til å tilpasse formen i takt med sykdomsutviklingen. Her dreier det seg om tilrettelegging og kommunikasjon. Hvordan skape den gode og rolige situasjonen som skal til? Hvordan snakke, og ikke minst lytte, for at samværet skal bli best mulig? Hvordan oppdage alle skattene og glede seg over dem? For det vanskelige og slitsomme går det ikke an å overse.

Jeg vet ikke om at pårørende får tilbud om slik opplæring noe sted. Dette kan gjerne være tema i Pårørendeskoler og på eldretreff i menigheter.

Opplæring av pleiere

Pleiere og ansatte på sykehjem og dagsentra skal ivareta menneskets ulike sider og behov: de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Myndighetene har den siste tiden understreket plikten til å imøtekomme de åndelige og eksistensielle behov. Det er uttrykkelig formulert både i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv «Rett til egen tros- og livssynsutøvelse» fra 1.12.09 og i Regjeringens «Forskrift for en verdig eldreomsorg» fra 1.1.11. Begge steder understrekes det at det er en plikt for pleiere å bidra til dette.

Intervjumaterialet viser at det kan være en givende oppgave. En pleier som bidrar til at en troende med demens får utøvd sin tro, bidrar til gode og gyldne øyeblikk i vedkommendes dag. Det er i tråd med intensjonen i Demensplan 2015 «Den gode dagen».

Dette oppleves ikke nødvendigvis som en lett plikt og oppgave. Mange pleiere trenger veiledning for å gå inn i dette. Det krever at den enkelte institusjon forankrer fokuset på det åndelige i sine verdier. Institusjonen må legge vekt på fyldig dokumentasjon av pasientenes livssyn og livshistorie. Den må ha prosedyrer for å komme den enkeltes behov i møte. Den må gi pleierne konkret opplæring på området. Ved konkret opplæring og tilrettelegging kan pleiere få midler, vilje og mot til å gjøre det som i utgangspunktet kan være fremmed. For de mange pleiere som har en tro, kan dette åpne for muligheter til å dele troen med beboere, og oppleve et dypere fellesskap med dem, og en dypere dimensjon i jobben.

«En pleier som bidrar til at en troende med demens får utøvd sin tro, bidrar til gode og gyldne øyeblikk i vedkommendes dag.»

Opplæring av kirkelig ansatte

De første sykehjemmene i Norge ble startet av menigheter som så behovet, og kirkelig ansatte og frivillige har vært involvert fra starten av. Prester, diakoner og frivillige har holdt andakter og gudstjenester, de har vært besøkere og de har vist omsorg for døende. Det har vært gjort mye godt arbeid, og det har vært mye godt samarbeid mellom institusjoner og menigheter.

Men å tilrettelegge for gudstjenester, andakter og en-til-en samvær med personer med demens på en god måte krever en kompetanse de færreste ansatte i menigheter har. Som andre i samfunnet har mange av kirkens folk lett for å undervurdere personer med demens. De holder an andakt og ser mest sovende deltagere. De kan lure på om det de gjør, har noen betydning. De kan bli fristet til å nedprioritere innsats og omtanke. Dette vil alle sykehjemsprester motvirke.

Det kirkelige «Tidsskrift for sjelesorg» trykket nylig min artikkel «Vær her. Vær her. Ikke slipp taket nå! Personer med demens forteller om tro og liv.» (4)

Oppsummering

Denne artikkelen har presentert deler av prosjektet og smakebiter fra intervjuer med personer med demens om deres tro. Det rike intervjumaterialet viser at informantene har en levende tro som de utøver og kan fortelle om. Troen gir verdier og opplevelser av hjelp, mening og mestring. Den fungerer som en ressurs i intervjupersonenes liv. Det er en meningsfull og givende oppgave å bidra til å hente fram disse ressursene, og dette er en oppgave både for pårørende, pleiepersonell og for kirken.

Olavstipendet har vært en døråpner som har bidratt til å sette temaet tro og demens på dagsorden både lokalt og regionalt i kirken og i demensomsorgen. Jeg har hatt og skal ha foredrag og undervisning for studenter og ansatte flere steder i landet.

Hjemmesiden Demensogtro.no er utviklet med tanke på alle som yter omsorg til personer med demens som har et kristent livssyn. Der er det tips om gudstjenester og andakter og en-til-en-samvær.

■ ah-joer@online.no

REFERANSER

1. Kitwood T (1997) Dementia Reconsidered. The Person Comes First. Rethinking Ageing. OPEN UNIVERSITY PRESS.
2. Wogn-Henriksen K (1997) Siden blir det vel verre...? Nærbilder av mennesker med aldersdemens. Sem: INFO-banken.
3. Kvale S og Brinkman S (2009) Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
4. Jørstad AH (2011) Vær her. Vær her. Ikke slipp taket nå! Personer med demens forteller om tro og liv. Tidsskrift for sjelesorg; 3, s.200-213.

Utviklingshemning og aldring



Forberedelse til helsesjekk for personer med utviklingshemning

Dette er et hefte med tilrettelagt informasjon og bilder om å gå til en årlig helsekontroll hos fastlegen.

kr. 50,- | 32 sider | 2011 | ISBN 978-82-8061-155-0



Mitt sykehuspass – Viktig informasjon om meg

Et hefte som skal fylles ut og tas med på sykehuset ved innleggelse. Hftet inneholder informasjon om personen med utviklingshemning som ikke finnes i pasientjournalen.

kr. 75,- for pakke med 5 hefter | 12 sider | 2011 | ISBN 978-82-8061-161-1



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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



SYNGER UT: Fra v.: Astrid Andersen, Oswald Barsten, Einar Hansen, Ingrid A. Gamsgrø, Elisabeth S. Gravdehaug, Marit S. Wiig, Ingrid M. Berild og Bjarne Bruland. Sittende: Sigrun Nygaard.

Synger ut i Molde:

Kor kjækt!

■ Tekst og foto: Bente Wallander

*Ved Råkhaugen dagsenter
i Molde er verken brukere eller
ansatte redde for å ta stemmen
i bruk. Under navnet
Kor kjækt synger de ut,
og sprer stor glede i byen.*

Marit Hoemsnes Angen er tidlig oppe og på arbeid. Hun er leder ved Råkhaugen dagsenter for personer med demens og skal snart servere 12-15 brukere frokost. Bordene står allerede pent dekket når hun i titida ønsker bussen med brukere varmt velkommen.

Dagsenteret ligger høyt hevet over Molde sentrum, med panoramautsikt til sju blåner og snøkledte fjell.

– Måltidene er en svært viktig aktivitet for oss. Vi legger stor vekt på å utnytte de mulighetene vi da får til å snakke sammen, og sitter alltid lenge ved bordet, forklarer Marit.

Så tonene triller

Noen brukere kommer én dag i uka, andre flere, og for enkelte er tilbudet om kveldstid til stor glede. Aldersspredningen er stor, fra den yngste på 41 år til gruppas eldste, som har fylt 91, og aktivitetsnivået høyt.

– Vi er ofte fysisk aktive, går turer og har sittedans. Avisene leser vi høyt sammen, slik at vi kan drøfte innholdet etterpå, sier Marit.



EGEN BUSS: Daglig leder Marit H. Angen (t.v.), Sigrun Nygård og fagarbeider Elisabeth S. Gravdehaug reiser ofte på tur med Råkhaugen dagsenter.



I KOR: Fra venstre Bjarne Bruland, Kåre Hansen og Cathrine Aarøe trives med sang.

Fire til fem brukere har i tillegg dannet en poesi- og skrivegruppe. Under ledelse av to ansatte setter de ord på følelser og/eller historier de har lyst til å formidle. Bidragene blir samlet i en bok som brukes til høytlesning. Men det er sang og musikk som først og fremst preger dagene.

– *Alle som jobber her er glad i musikk, så det sniker seg inn en trall både her og der, smiler daglig leder.*

Under navnet Kor kjækt holdt dagsenteret sin første konsert i forbindelse med en adventsamling i 2010. Koret høstet mange godord fra pårørende og spesielt inviterte gjester.

– *Siden har vi tilbudt oss å besøke de andre omsorgssentrene i kommunen, og jammen har det blitt noen opptredener på oss etter hvert!*

Folk i farta

Den sangglade gjengen liker å dra på tur. Dagtilbudet har en egen buss, og flere av de ansatte tok utvidet førerkort ved oppstart i 2008. Senteret har dermed hatt anledning til å ta mange fine utflukter de siste årene. Kunstutstillinger er besøkt og en gang hver vår tar de bussen til Kristiansund og Hurtigruta tilbake.

Dagsenteret ble i 2010 hedret med Omsorgsprisen fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal for sin store aktivitet,

og for at de har valgt å gjøre ting litt annerledes. Med prisen fulgte, foruten de rosende ord, blomster, et bilde og 10 000 blanke kroner.

– *Vi ønsket å bruke pengene på noe alle ville ha glede av. Da brukerne ble spurt ville de helst gå ut og spise på et virkelig pent sted. Før jul i fjor pyntet de seg og reiste til Gildehallen ved Romsdalsmuseet for å innta en deilig julemiddag.*

Noen lurte nok litt på vår prioritering i den forbindelse, men for oss som arbeider her var det viktig å være lydhøre for brukernes ønsker, kommenterer daglig leder.

En ressurs

At korsangen gjør noe med de som deltar blir åpenbart for de drøyt 30 brukerne og ansatte ved Bergmo dagsenter, der daglig leder Inger Anne Heiervang noen timer senere på dagen får besøk av Kor kjækt. Ranke som lys stiller de seg opp med sangheftene, og snart fylles rommet av korsang. Kjente og kjære viser som de fleste har et langt og godt forhold til. Noen av det festlige slaget, andre mer mollstemte.

Koret høster stor applaus for sin opptreden. Mange rosende ord ytres også over kaffekoppene etter konserten. Det samtales om løst og fast, mange har nok truffet gamle kjente.

– *Det er fantastisk hva musikk kan utrette i en sammenheng som vår. For oss er det spesielt fint å se at korets medlemmer oppfatter seg selv som en ressurs i lokalmiljøet. Slik oppfattes de også av andre, sier Marit Hoemsnes Angen.*

Tid for drømmer

Middagen venter når gjengen kommer tilbake til Råkhaugen. Etter at maten er fortært stilner samtalen av. Mange begynner å bli slitne nå, og det senker seg en litt vemodig stemning rundt bordet. I den blå timen kan man gjerne drømme seg litt bort.

FAKTA

Dagsenteret på Råkhaugen

- Startet i januar 2008 i lokalene til Molde kommunes nye sykehjem
- Har to filialer; Skåla og Kleive
- Et tilbud til mellom 12 og 15 brukere hver dag
- Bemannet med 6,4 årsverk
- Åpent seks dager i uka.
- Gir også kveldstilbud mandag og torsdag.



EN RESSURS: – Det er fint at vi får sjansen til å synge for andre, sier dagtilbudets daglige leder Marit H. Angen. Det synes også brukerne på Bergmo dagsenter.



EGET SANGHEFTE: Kor kjækt har et stort repertoar med eget sanghefte.

Marit har nylig vært en tur i Oslo, og sett noen utrolig fine sangerluer der.

- Kanskje vi skal ta en tur til hovedstaden før jul, og kjøpe oss slike alle sammen, foreslår hun.
- Kor kjækt! Men hvor skulle vi bo, lurer én ettertenksomt.
- På operahotellet kanskje? Eller på Grand? Ja det må det bli, vi må bo på Grand ja, fastslår én annen.

Dagen nærmer seg slutten, og det er på tide å ta bussen hjem. Men før vi reiser oss fra bordet blir Bjarne, som ikke var til stede på senteret fredagen før, oppfordret til å ta sin tradisjonelle avskjedssalutt til ære for journalisten, selv om det er en helt alminnelig mandag.

Det runger i hele rommet når Bjarne, som en gang i tiden trente sin dype røst sin i et sjømannskor, med et glimt i øyet stemmer i:

– Hipp hipp... **HURRA!**



HIPP HIPP: – Hurra, synger Bjarne Bruland hver fredag.



GULLFEST: Fotball er et viktig samtaletema i Molde, og snart skal brukerne på Råkhaugen nyte stedets hjemmelagede lasagne sammen med MFKs gullvinnere. Fra v.: Bjarne Bruland, Leif Outzen og Oswald Barsten.



MOLLSTEMT: Fra poesigruppeboka

■ Edith Roth Gjevjon, stipendiat, Tor Inge Romøren, professor,
Senter for omsorgsforskning Østlandet, Høgskolen i Gjøvik



Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene?

De fleste sykehjemssøkere har først en lang fase med sykdom og skrøpeligheter der de blir hjulpet hjemme av familien og av den kommunale hjemmetjenesten. I neste fase, når skrøpelighetene og hjelpebehovet blir store, kan behovet for omfattende og kontinuerlig heldøgns omsorg oppstå.

Det er kjent at sykehjemskapasiteten er ulik kommuner i mellom. Som en hovedregel er den større i landkommuner enn i bykommuner (1). Vi har hentet informanter fra to landkommuner og to bydeler i en storby. Landkommunene i denne undersøkelsen har en sykehjemsdekning svarende til plasser for 18-19 prosent av befolkningen over 80 år, mens storbydelene har en dekning svarende til plasser for 13-15 prosent. Storbydelene har til gjengjeld mer omfattende og differensierte tilbud på omsorgsnivåene under sykehjem. Andel søknader som blir innvilget er høyere på landet (90-100 prosent) enn i storbyen (60-80 prosent).

Men andel avslag er ikke så ulikt. Det kommer av at fagfolkene i storbyen i større grad enn i landkommunene får søkerne til å endre søknadene sine til å gjelde andre tilbud enn sykehjem.

Slik reduseres avslagsprosenten. Selv om denne aktiviteten kan forstås ut fra praktiske hensyn, er den i strid med regelverket for søknad og tildeling av omsorgs-

tjenester. Den fører til at saksbehandlingen i forbindelse med søknad om langtidsopphold i institusjon ikke sikrer søkerens muligheter til å klage. Uten et formelt avslag på søknaden kan ikke avgjørelsen påklages, og søkere har da ikke fått en rettmessig behandling.

De fleste sykehjemssøkere har først en lang fase med sykdom og skrøpeligheter der de blir hjulpet hjemme av familien og av den kommunale hjemmetjenesten. I neste fase, når skrøpelighetene og hjelpebehovet blir store, kan behovet for omfattende og kontinuerlig heldøgns omsorg oppstå. Det betyr slik de fleste pårørende ser det at det trengs en sykehjemsplass. Men i bare ett av tre tilfeller blir det søkt med én gang. I en periode på ett til to år (lengst i storbyen) pågår det hva en kan kalle «forhandlinger» mellom tre parter: den gamle, nærmeste pårørende og hjelpeapparatet. Materialet viser at det kan være både en «Pasientterskel», en «Pårørendeterskel» og en «Fagfolkterskel» en må forbi før det søkes om sykehjemsplass. Alle disse tersklene kan bidra til at tiden fra behovet oppstår til det blir søkt trekker ut. Å få søknaden innvilget utgjør bare den siste terskelen, og tiden det tar å behandle søknaden er i de fleste tilfeller ikke så lang.

«Pasientterskelen» handler om at noen skrøpelige gamle i utgangspunktet ikke ønsker å flytte hjemmefra, selv når det ikke lenger er mulig å etablere tilstrekkelig og trygg omsorg der. Hvis en i tillegg har aldersdemens, kan en mangle innsikt i egne behov og egen situasjon, og av den grunn motsette seg at det søkes om institusjonsopphold. «Pårørendeterskelen» utgjøres vanligvis av en gammel ektefelle som vil gjøre alt for at den hjelpe-trengende skal få bo hjemme så lenge som mulig, og derfor utsetter en søknad lenge i blant for lenge.

«Fagfolkterskelen» er den vanligste. Den handler om at fagfolk og saksbehandlere prøver å finne andre løsninger enn sykehjem, fordi tilbudet er knapt. En drøfter og tilbyr alternative tiltak, ofte gjennom lang tid, helt til dette ikke lenger er mulig. Og selv når det så

søkes, kan det bli avslag i dette materialet i opp til ti prosent av tilfellene.

Flertallet av de nærmeste pårørende vi har intervjuet gir uttrykk for at de var aktive i søknadsprosessen og betydningsfulle for utfallet. Særlig gjelder dette i byen. Ettersom døtrene er den helt dominerende pårørende-gruppen her, kan en si at terskelen for sykehjemsplass i storbyen passerer takket være en stor gruppe kvinner som står opp og kjemper for sine foreldre. På landet er det litt annerledes: sønnene er mer aktive, hjelpeapparatet selv tar også initiativ, og flere opplever at søknadsprosessen er enkel og uproblematisk.

Mange pårørende gir uttrykk for at tilgjengeligheten til sykehjemsplass er for dårlig, nåløyet for trangt, terskelen for høy. Men et mindretall gir også uttrykk for at tersklene var relativt enkle å passere. De fleste av disse bor på landet. Flere av fagfolkene i storbydelene og i den ene landskommunen sier også at langtidsplass i sykehjem er et knapphetsgode¹.

I de to bydelene som er undersøkt her fins det mange tilbud på nivåene under sykehjemsomsorg: bokollektiv for demente, omsorgsboliger med fast bemanning, aldershjem, omfattende hjemmetjenester, dagtilbud, rehabiliteringstilbud. Likevel gir altså både pårørende og saksbehandlere uttrykk for at sykehjemstilbudet er for knapt. Det indikerer at en ikke uten videre kan bygge seg vekk fra sykehjemsomsorg ved å etablere alternativer, for eksempel i form av omsorgsboliger. Det øverste trinnet i omsorgskjeden må også ha et tilstrekkelig volum. En av landkommunene hadde få trinn i omsorgstrappen, mange sykehjemsplasser og lav terskel for inntak. Overbelegg på sykehjemmet var et vedvarende problem. Det indikerer det motsatte: en kan ikke uten videre møte et antatt sykehjemsbehov ved bare å satse på sykehjemsplasser. Også andre trinn i omsorgstrappen må bygges ut.

Det er balansen mellom elementene i omsorgstrappen som til sist former tersklene for vedtak om sykehjemsplass. Kommunene og bydelene i denne undersøkelsen viser hvordan denne balansen på ulike måter kan være skjev slik pårørende, fagfolk og saksbehandlere ser det.

■ edith.gjevjon@hig.no
tromoren@online.no

¹) I en annen undersøkelse som er under publisering, sier 38 prosent av saksbehandlere fra alle bydelene i Oslo og 18 prosent av saksbehandlere fra alle kommunene i Akershus at terskelen for å få sykehjemsplass ut fra faglige vurderinger er for høy.



HØYE TERSKLER: «Fagfolkterskelen er den vanligste», skriver Edith Roth Gjevjon og Tor Inge Romøren.

(Ill.foto: Børge Sandnes, Scanstockphoto)

Studien ble gjennomført av stipendiat Edith Roth Gjevjon, professor Tor Inge Romøren v/Senter for omsorgsforskning Østlandet, Høgskolen i Gjøvik (2).

REFERANSER

1. Romøren TI, Svorken B (2003) Velferdsstat og velferdskommune: iverksettingen av «Handlingsplan for eldreomsorgen» i kommunene i Nord-Trøndelag. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA Rapport ; 12/2003).
2. Gjevjon ER, Romøren TI (2010) Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene. Høgskolen i Gjøviks rapportserie nr. 10, 2010.



Rita Jakobsen og Siri Homelien

Pårørende til personer med demens

– om å forstå, involvere og støtte

Anmelder: Stipendiat, sykepleier MPH Aud Johannessen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse / Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.

Gyldendal akademiske
Utgivelsesår 2011
224 sider – bokmål
Pris 269,-
ISBN 978-82-05-39937-2

Boken henvender seg til ulike profesjoner og forfatterne påpeker at det er en lærebok, og at den er aktuell på ulike utdanningsnivåer som bachelornivå, videreutdanningsnivået og masternivå. Videre kan boken være av interesse for andre helsearbeidere. Boken er også aktuell for pårørende. Intensjonen med boken er å bidra til en større forståelse for sammenhenger og bevisste aktiviteter i møtene mellom helsepersonell og pårørende, slik at de i størst mulig grad kan mestre å leve med demenssykdommen i familien, og sees i et helsefremmende perspektiv.

For å kunne iverksette gode tiltak til pårørende som igjen vil ha innvirkning på personen med demens, fokuseres det på betydningen av et tverrfaglig perspektiv for å forstå hvilke konsekvenser demenssykdommen har for disse familiene.

Innholdet i boken viser hvordan pårørende berøres når et familiemedlem får demens, og hvordan helsepersonells samhandling med pårørende har konsekvenser både for pårørende og den som er syk, og til slutt hvordan helsepersonell på bakgrunn av sin forståelse og involvering kan hjelpe pårørende til å mestre situasjonen på best mulig måte.

Boken er lagt opp med gode eksempler og forslag til tiltak i tillegg til at boken inneholder avsnitt med refleksjoner.

Forfatterne har kommet med et viktig bidrag til å forstå pårørende, og bidrar til å gi helsepersonell kompetanse og et godt grunnlag for å iverksette relevante tiltak rettet mot pårørende. Det er viktig å se dette i et tverrfaglig perspektiv. Forfatterne benytter relevant og kjent bakgrunns litteratur for å belyse pårørendes situasjon og teorigrunnlag. Boken egner seg godt som en lærebok og kan også leses av pårørende. Den er oversiktlig og tar for seg de ulike fasene med fokus på pårørende gjennom et demensforløp. En annen styrke ved boken er at den også tar for seg kompetanseutvikling og lederskap. Lovverkene som regulerer de ulike tjenestene kunne vært omtalt, samt hvordan helsepersonell kan bistå disse familiene med søknader og klage på eventuelle avslag.



Forlaget Akribe
 Utgivelsesår 2011
 210 sider – bokmål
 Pris: 349 kr (veil.)
 ISBN 978-82-7950-149-7

Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik

Sykepleie i hjemmet

«Hjemmesykepleie: hjørnesteinen i helse- og omsorgstjenesten – men i en akademisk bakgate?»

Anmelder: Torbjørgh Fermann, førstelektor, Høgskolen i Vestfold

Læreboken henvender seg primært til bachelorstudenter i sykepleie, men er også relevant for sykepleiere og andre som arbeider med eller har tilknytning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forfatterens hensikt med boken er å sette hjemmesykepleie som fagområde på det akademiske kartet, og å bidra til økt status for hjemmesykepleie som deltjeneste i den største kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hjemmesykepleie som tjeneste og tjenestens ansvar for å imøtekomme pasientens grunnleggende behov både i et individuelt, strukturelt og organisatorisk perspektiv, tematiseres og beskrives. Boken fremstår som velstrukturert, inndelt i 14 kapitler med relevante historiske, aktuelle og fremtidsrettede temaer. Bruk av sort /hvitt-bilder som inngang til hvert kapittel, er illustrerende.

Eksempler eller studiespørsmål brukes ikke gjennomgående som pedagogisk virkemiddel som invitasjon til refleksjon og læring om hva som er særegent for denne praksisformen. I kapitlet om personlig hygiene og ernæring brukes eksempler, og sentreres om betydningen av å få dekket de grunnleggende behovene for fortsatt å kunne bo hjemme. I kapitlet om demens brukes ikke eksempler eller andre pedagogiske metoder for å fremme læring utover det teksten i seg selv formidler.

I kapitlet om pasientens hjem som arbeidsarena brukes heller ikke case eller eksempler. Å arbeide i andres hjem er det helt spesielle innenfor dette fagområdet. Når eksempelvis overgrep tematiseres ut fra pasientperspektivet, samtidig som vold, trusler, utagerende adferd og sjikanering mot ansatte ikke tematiseres, er noe av det helt essensielle utelatt.

Boken som helhet åpner for flere interessante diskusjonstemaer, samtidig som den beskrivende og orienterende formidlingsformen ikke er en gjennomgående invitasjon til utdypende refleksjon, diskusjon og kritisk vurdering av hjemmesykepleie som eget fagfelt. Forfatterne overlater mer til leseren å velge tema og

spørsmål for refleksjon, enn selv å ha en undrende tilnærming. Omsorg som en sentral verdi som ikke fanges opp i vedtaksformulering, multisyke eldre som er mer utsatt for helserelaterte ustabile situasjoner enn yngre funksjonshemmede, betydningen av helse som livskvalitet, trivsel og velvære mer enn fravær av sykdom er eksempler på spennende temaer som implisitt formidles i teksten. At det overlates mer til leseren å skape dynamikk mellom tekst og tanke, gjør at det teksten rommer av læringspotensial, blir noe blodfattig. Læringsstimulerende grep for refleksjon og diskusjon kunne bidratt til å treffe leserne ut fra bokens hensikt.

Kapitlet om sårbehandling skiller seg ut. Det er skrevet av en gjesteforfatter som bruker fargebilder, tabeller og oversikter og er et gjennomgående informativt kapittel med oppdaterte referanser.

Kildebruken som helhet er rikholdig, i alt 206 referanser. Sentrale, relevante og oppdaterte offentlige meldinger, lover og rapporter er gjennomgående brukt. Kritisk bruk av «det siste nye innen forskningsfronten» innen de enkelte temaer for å begrunne, underbygge, utdype og dokumentere innholdet i boken, varierer. Sett i lys av kunnskapsbasert praksis som dominerende kjennetegn på god kvalitet, og at bokens hensikt er å komme ut av en akademisk bakgate, ville boken styrket seg på bruk av oppdaterte kilder, både kunnskapsmessig og tidsmessig innenfor kunnskapsbasert praksis' treenighet; teoretisk og forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap.

Boken representerer ikke et gjennombrudd fra annen samtidig litteratur om hjemmesykepleie. Forfatterens invitasjon om hjemmesykepleie som et fagområde i en akademisk bakgate, er et spennende tema for refleksjon og videre oppfølging.



Fikk pris for film om Alzheimer og kjærlighet

■ Tekst: Bente Wallander

Da Jan Henry T. Olsen fikk sin Alzheimer-diagnose i 2008, lot han og kona Laila Lanes seg intervju i en rekke medier.

Et drøyt år senere utkom Jan Henry og Lailas bok *Skynd deg å elske*. Paret fikk mye ros for sin åpenhet om det tidligere så tabubelagte temaet, i Norge så vel som internasjonalt.

Nå publiseres flere biter av historien. I dokumentarfilmen *Min elskede* følger vi paret gjennom det neste året og de neste fasene av deres liv med Alzheimers sykdom.

Jan Henry T. Olsen og Laila Lanes møttes første gang i 2005. Det ble, etter det de selv har fortalt i en rekke tv- og avisintervjuer, for dem begge et møte med den store kjærligheten i moden alder. Knappt tre år senere, da Jan Henry var 51 år, slo idyllen sprekker. Den frittalende fiskeriministeren fra Gro Harlem Brundtlands regjeringstid med tilnavnet *No fish Olsen* hadde en tid slitt med symptomer som uroet både ham selv og hans kone. «Da Alzheimer-diagnosen omsider kunne bekjentgjøres, var det nesten en lettelse for dem begge», har Laila Lanes tidligere fortalt.

Filmen følger paret i hverdag og fest. Fra vanskelige situasjoner i eneboligen hjemme i Tromsø, til jubileer med nåværende og tidligere statsministere. Laila må takle det faktum at hennes kjære går fra å være en ressurs i norsk offentlighet til å bli ressurskrevende, mens Jan Henry selv hver dag blir konfrontert med at han gradvis blir mer preget av sykdommen.



FAKTA

Min elskede

Medvirkende: Jan Henry T. Olsen, Laila Lanes m.fl.

Regi og manus: Hilde Korsæth

Musikk: Tone Åse

Produsent: John Arvid Berger

Produksjon/leverandør: Jabfilm / Kudos Family

Lengde: 71 min., norsk tale

Filmen er tekstat på norsk og engelsk og kan bestilles fra www.minelskede.no

Min elskede ble første gang vist på Tromsø Internasjonale Filmfestival i januar, og har siden vært vist på flere festivaler. Den deltok nå sist i Lübeck, der den – som første norske film – fikk prisen for beste dokumentarfilm. Prisen består av 2 500 Euro.

Juryen begrunnet tildelingen med at «Regissør Korsæth har med stor empati og sensitivt kameraarbeid lyktes i å gi publikum et inntrykk av hvordan Alzheimers sykdom gjør hverdagsrutiner til store utfordringer. Hilde Korsæths film viser at denne sykdommen ikke trenger å være tabu. En rørende film om et modig ektepar.»



GERIAs film om ulike miljøbehandlingsmetoder sendes nå ut til alle norske kommuner og utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester.

Ny film om miljøbehandling

■ Tekst: Bente Wallander

Med filmen «Gylne øyeblikk» vil Oslo kommunes ressursenter for demens og alderspsykiatri, GERIA, informere om ulike miljøbehandlingsmetoder og hva de kan gjøre for personer med demens.

Det er musikkterapeut Frode Aas Kristiansen ved Furuset sykehjem som har vært prosjektleder for arbeidet med filmen.

– Mange av oss som arbeider med miljøbehandlingsmetoder, er veldig ivrige fordi vi opplever at vi gjennom disse metodene når inn til mennesker på en helt unik måte. Slike opplevelser kan det være vanskelig å formidle ved hjelp av ord. Med en film blir det lettere å skape emosjonelt engasjement, som igjen kan føre til en større satsing på disse metodene, mener han.

Når inn til demensrammede

GERIA har i mange år arbeidet med miljøbehandlingsmetoder i demensomsorgen, og det er dette arbeidet filmen springer ut av. Med ansatte og brukere på Furuset sykehjem, Nordseterhjemmet og Silurveien sykehjem i Oslo som skuespillere, viser filmen eksempler på hvordan man kan nå inn til demensrammede gjennom individualisert musikk, erindringsarbeid, sansehager og berøring.

– Ansatte som har fått opplæring i de ulike miljøbehandlingsmetodene, kan flette disse inn som et hjelpemiddel i sykehjemshverdagen. Vi ser blant annet hvordan sang og musikk med hell blir flettet inn som hjelp i et morgenstell og hvordan en person med demens lyser

opp og blir mer fokusert når hun får lukte på en blomst eller høre sin favorittsang, sier Kristiansen.

Gode tilbakemeldinger

– Mange som har sett filmen, synes det er sterkt å se mennesker med demens som gjennom disse metodene åpner seg, viser hvem de er og blir møtt i sin situasjon. Det er nettopp dette vi har forsøkt å formidle. Ansatte har også gitt tilbakemeldinger om at de synes flere scener er realistiske og relevante med tanke på deres arbeidshverdag, forteller Kristiansen.

Filmene brukes nå i GERIAs egen undervisning, men er også vist flere steder i landet, blant annet ved markeringen av Alzheimerdagen i Oslo. Helsedirektoratet har, etter å ha sett filmen, besluttet seg til å sende den ut til alle landets kommuner og utviklingssentre.

– Vi er veldig glade for at noe som springer ut av lokalt arbeid her i Oslo, kan spres til hele landet, sier Solfrid Rosenvold Lyngroth, leder ved GERIA.

Filmene er i utgangspunktet beregnet på ansatte i sykehjem, på dagsenter eller i hjemmetjeneste, men kan også være nyttig for pårørende til demensrammede og for alle som er opptatt av en god demensomsorg. «Gylne øyeblikk» kan bestilles fra GERIA, www.geria.no.

FAKTA

Gylne øyeblikk – en film om miljøbehandlingsmetoder i demensomsorgen

Genre: Undervisningsfilm

Spilletid: 31 minutter

Produksjonsår: 2010

Prosjektleder: Frode Aas Kristiansen, GERIA

Musikk: Christian Ruud, Riot production

Produsert av Uniframe for GERIA



2012
KURSKATALOG
Kurs, konferanser og studietilbud

Se mer informasjon på
www.aldringoghelse.no



Ny bokkatalog
med utgivelser
fra 2008-2011



21st NORDIC CONGRESS OF GERONTOLOGY
June 10-13, 2012
Copenhagen, Denmark



21. Nordiske kongress i gerontologi

København 10.-13. juni 2012

Les mer om kongressen på www.21nkg.dk

Kurs & konferanser 2012

Landskonferanse i alderspsykiatri 2012

Siden 1991 har det hvert år vært arrangert en landskonferanse for den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten. Målet er å styrke det faglige miljøet i norsk alderspsykiatri gjennom å gi en faglig oppdatering og å utveksle erfaringer. Konferansen går på omgang mellom de alderspsykiatriske avdelingene som har ansvar for arrangementet sammen med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Bergen 16.-18. april 2012

Les mer om landskonferansen på www.aldringoghelse.no



VIDERE SATSING

Sammen om Demensplan 2015!



DEMENTEAM

- Intensiv:** Etablering og drift av demensteam
- Generell:** Demensutredning i primærhelsetjenesten
- Sammenheng:** Ny kunnskap, bedre omsorg
- Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten**

Aldring og helse

DAGTILBUD

- Intensiv:** Etablering og drift av dagtilbud for personer med demens
- Sammenheng:** Mellom hjem og institusjon
- Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens**

Aldring og helse

PÅRØRENDESKOLER OG SAMTALEGRUPPER

- Intensiv:** Etablering og drift av pårørendeskole
- Generell:** Kunnskap, støtte og fellesskap for pårørende til personer med demens
- Sammenheng:** Samarbeid og nye muligheter

Aldring og helse

www.aldringoghelse.no

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

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

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

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



D&A går i dybden – og i bredden

Kommer:

- Glemmer vi uten tenner?
- Behandling av smerte lindrer agitasjon
- Glimt fra Demensdagene 2011

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

Psykatrien 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