

TIDSSKRIFTET **aldring og helse**

AKTUELT – Digitalisert sykehjem

FAG – Alderspsykiatri i dag

YTRING – Alt har bivirkninger

En resept for
framtida



4



20



24



28

AKTUELT

- 4 Kjemper for geriatriens plass i framtidens sykehus
- 8 TID vant forskningsprisen
- 10 Tilbyr brødsriver før beroligende
- 13 Etterlyser systematisk oppfølging av medisinbruk
- 16 Bekymret over eldres bruk av alkohol og piller
- 20 De gode hjelperne
- 23 Våker over beboerne
- 24 Skien digitaliserer sykehjemmene
- 28 Fristet av frihetsteknologi. Med eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen til Århus

YTRING

- 18 Har det noen bivirkninger?
Marit Tveito, Alderspsykiatrisk avd. Diakonhjemmet Sykehus
- 30 Ingen skal måtte møte demens alene
Liv Anita Brekke, veileder Demenslinjen, Nasjonalforeningen for folkehelsen

FAGARTIKKEL

- 31 Har norsk alderspsykiatri funnet sin plass?
Birger Lillesveen og Knut Engedal
- 33 ABC-opplæringen som redskap for inkludering av minoritetsspråklige helsefagarbeidere
Kariann Krohne, Betty S. Døble, Aud Johannessen og Kirsten Thorsen

VITENSKAP

- 37 Depresjon, smerte og smertebehandling hos personer med demens
Disputas Ane Erdal
- 38 Kognitiv funksjon og mild kognitiv svikt i en generell befolkning:
Disputas Sigbjørn Olav Røgne
- 39 Om eldres bekymringer og helsepersonells respons på disse
Disputas Linda Hafskjold

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

- 40 Når personar med utviklingshemming blir eldre, kva utfordringar erfarer kommunale tenesteytarar?
Gunvor Helle Eiane og Anita Gjermestad



Framtidsretta omsorg

Gode medisiner kan forebygge sykdom og gi skrøpelige gamle et bedre, lengre liv. Men jo flere legemidler eldre tar, desto større er sjansene for uønskede følger som fall, brudd og glemsomhet. Risikoen for uønskede hendelser øker når legemidler kombineres med alkohol.

Like viktig som å gi eldre enda en type medisin er det å tilby dem kunnskap om hvordan legemidler og rusmidler påvirker helsa, slik at de får mulighet til å gjøre gode valg. Flere helsemyter har stått for fall de siste årene, deriblant den om nytten av et daglig glass med vin. Både når det gjelder piller og alkohol er det viktig å framsnakke alternative løsninger.

Dersom skader likevel skjer, og eldre havner på sykehus, bør man skrive ut en resept på tverrfaglig geriatrisk utredning og behandling. Gevinsten ved å ta i bruk en slik «pille» ville være stor, både for samfunnet og den enkelte.

Norske kommuner vet at oppgaven med å yte de eldste innbyggerne god og verdig omsorg vil bli stadig tøffere i årene som kommer. Noen har allerede tatt velferds-teknologi i bruk som en framtidsstrategi. Ikke som erstatning for menneskelig omsorg, men for å kunne løse flere oppgaver bedre. Innovative løsninger kan bidra til frigivelse av flere varme og kompetente hender, mindre inngripen i den enkeltes liv og økt mestring. Slik kan man også forebygge tjenestebehov og innleggelse i institusjon. Dét er trygghets- og frihetsteknologi på sitt beste.

Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no

UTGIVER
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse
tidsskriftet@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 28. februar 2019.

 **Fagpressen**

ABONNEMENT
Aldring og helse
Tlf: 33 34 19 50
tidsskriftet@aldringoghelse.no

TIDSSKRIFTET ALDRING OG HELSE
utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år:
Norge: kr 420
Norden: kr 500
Skriftlig oppsigelse.

Illustrasjon forside:
Stein Likvern



Professor i geriatri, Ingvild Saltvedt, stortrives i klinikk. – Men det blir det dessverre lite tid til nå.



Kjemper for geriatriens plass i framtidens sykehus

Bente Wallander (tekst/foto)

Store studier viser at skrøpelige eldre på sykehus profiterer på geriatrisk behandling.

Færre dør, pasientene får bedre funksjon og behovet for døgnomsorg reduseres.

– Likevel må vi om og om igjen bevise at dette virker, sier Ingvild Saltvedt.

Sjefen ved Avdeling for geriatri ved St. Olavs hospital i Trondheim sukker.

– Det er merkelig at det skal være så vanskelig å få beslutningstakere i og utenfor sykehusene til å lære av det forskerne så ettertrykkelig har dokumentert.

Ingvild Saltvedt har arbeidet med utredning og behandling av eldre pasienter på sykehus i en årrekke og selv ledet eller bidratt til forskningsprosjektene hun viser til.

– Jeg har alltid likt veldig godt å være i klinikk. Noe av det beste jeg vet er å jobbe med pasienter. Det har med faglig identitet å gjøre, å kunne bruke samspillet mellom pasient, pårørende og et tverrfaglig team. Det er veldig givende!

Etter ei vakthelg der hun har gått visitt føler hun seg skikkelig oppkvikket.

– Det er så fint! Men nå blir det dessverre lite tid til klinikk.

Som professor i geriatri ved NTNU har Saltvedt flere jern i ilden. Hun er prosjektleder for en stor nasjonal studie, involvert i flere andre forskningsprosjekter og underviser medisinerstudenter og andre. For tiden har hun derfor en kortvarig permisjon fra stillingen ved St. Olavs Hospital.

Forskning fenget

– *Hvor oppsto din fascinasjon for eldre helse og forskning på feltet?*

– Det starta vel på indremedisinsk avdeling, der møtte jeg mange eldre pasienter. Så kom professor Olav Sletvold inn i bildet, han startet den geriatriske avdelingen ved det daværende Regionsykehuset i Trondheim (RiT). Som avdelingens første assistentlege deltok jeg i arbeidet med Sletvolds studie med tittelen «Geriatrisk intervensjon, nytter det?», en god dokumentasjon på at geriatrisk tilnærming hadde noe for seg.

Ingvild Saltvedt ble i disse årene selv spesialist innen indremedisin og geriatri. I 2006 tok hun så en doktorgrad¹ på tidligere nevnte studie, som også internasjonalt viste seg å være viktig. Her dokumenterte hun blant annet at akuttinnlagte eldre og skrøpelige pasienter som fikk geriatrisk behandling hadde lavere dødelighet og økt sjanse for å klare seg hjemme etter sykehusoppholdet enn de som fikk vanlig indremedisinsk behandling.

Tidlig hybeltilværelse

Ingvild Saltvedts eget liv startet i Kolvereid, Norges minste by nord i Nord-Trøndelag. Herfra flyttet hun allerede 17 år gammel for å gå på videregående skole.

– Vi bodde bokstavelig talt langt ute på landet, og der fantes jo ingen videregående skole. Jeg måtte flytte ut hvis jeg ville ha en utdanning og valget falt på Rørvik som lå nærmest. Jeg synes at årene som hybelbeboer der var veldig fine og opplevde det aldri som spesielt ille å måtte flytte for meg selv så ung. Jeg har alltid likt å lære og har vært bestemt på høyere utdanning fra

Navn	Ingvild Saltvedt
Alder	59 år
Familie	To barn på 21 og 23 år og en hund
Bosted	Byåsen, Trondheim
Stilling	Avdelingssjef ved Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital, Trondheim. Professor i geriatri, NTNU

1) Saltvedt I. Treatment of acutely sick, frail elderly patient in a geriatric evaluation and management unit. Results from a prospective randomised study. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for kliniske nevrofag og Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, NTNU. 2006

jeg var ung, men det var litt tilfeldig at jeg ble lege. Jeg ønsket meg et yrke som ga en mening i livet, kanskje.

Legeutdanningen påbegynte hun ved universitetet i den tyske byen Münster.

– Deretter ble jeg en del av det såkalte Aker/Lørenskog-kullet, med mange andre studenter som hadde starta å studere ute og ville avslutte utdanningen her hjemme. Det var en fin gjeng! Jeg var ferdig lege i 1987 og har vært ferdig doktor i mer enn 30 år nå, konstaterer hun.

Turnustjenestens sykehusår var hun på Orkdal sykehus, så fulgte seks måneder i allmennpraksis i Melhus kommune.

– Deretter jobbet jeg flere steder. Først ved den gamle legevakta ved RiT, så ved indremedisinsk avdeling og ved kreftavdelingen. Jeg pendla også til Levanger en periode hvor jeg jobbet med indremedisin før jeg vendte tilbake til RiT og den nystarta avdelingen for geriatri. Som ung lege lærte jeg utrolig mye disse første årene. Den erfaringen man får som fersk doktor er viktig, det tror jeg mange leger kan skrive under på når de ser tilbake på sitt yrkesliv.

Kunnskap – en driver

Ingvild Saltvedts forskerinteresse ble vekket da hun arbeidet med den første studien ved geriatriisk avdeling.

– Kunnskap er en driver i meg. Jeg blir nysgjerrig på sammenhenger.

Hun har selv publisert forskning som har fått oppmerksomhet, både her hjemme og internasjonalt.

– Jeg har vært involvert i mange ulike prosjekter, men hovedsakelig er det innenfor to hovedretninger, på demenssykdom og kognitiv svikt og comprehensive geriatric assessment (CGA) eller det vi kaller bred geriatriisk utredning og behandling. På NTNU er jeg del av forskningsgruppe for geriatri, bevegelse og slag (GeMS) med cirka 60 personer og stor aktivitet, så der blir jeg involvert i ulike prosjekter, blant annet EU-prosjekter.

– *Du er for tiden involvert i forskning som kan gi svar på noen av de viktigste spørsmålene innen eldrehelse. Hva er du selv mest spent på?*

– Som indremedisiner og geriater er jeg opptatt av at eldre med demens har mer enn bare neurodegenerasjon. En ting er at pasienter med demens også har mye karsykdom i hjernen. En annen sak er at mange eldre med demens er veldig komplekse, med mange andre plager og sykdommer. På dette området er det fortsatt mye ugjørt. Ved å optimalisere behandling av de andre sykdommene og plagene kan de få bedre funksjon og livskvalitet og den kognitive funksjonen blir ofte også bedre.

Kognitiv svikt etter hjerneslag

Ingvild Saltvedt arbeider med flere prosjekter relatert til kognitiv svikt hos eldre:

Hun er prosjektleder for Nor-COAST (Norwegian Cognitive Impairment After Stroke Study), en multisenterstudie finansiert gjennom Nasjonalforeningens demensforskningsprogram. 815 hjerneslagpasienter følges over tre år med tanke på kognitiv funksjon.

– Svært mange har utfall i kognitive tester det første året. Vi har bygget opp ei tverrfaglig gruppe bestående av blant annet geriater, slagmedisinere, nevrologer, neuroradiologer og fysioterapeuter. Per i dag er det sju phd-kandidater i denne store studien, der hensikten er å se på forekomst, årsakssammenhenger og prognose over tid. Det er mange ubesvarte spørsmål. Hvor stor betydning har det for eksempel å være fysisk aktiv etter et hjerneslag? Vi har blant annet utstyrt deltakerne med aktivitetsmålere, slik at vi kan måle deres faktiske aktivitet, dette kan igjen knyttes opp mot MR-funn, funn i blodprøver, kognitive tester med mere, sier hun.

– Av andre studier gjennomført i vår avdeling kan nevnes DeMo (Delirium and Movement) som gir oss økt kunnskap om akutt delirium spesielt betydningen av motorisk aktivitet. I samarbeid med Oslo universitetssykehus og

Sykehuset Innlandet har vi også gjennomført prosjektet PADR (Progression of Alzheimers Disease and use of Resources), som har forsøkt å identifisere faktorer som har betydning for prognosen ved Alzheimers sykdom. Her på NTNU har vi i denne studien studert betydningen av vaskulær sykdom for prognose og symptomer hos Alzheimerpasienter. I tillegg inkluderer vår poliklinikk mange pasienter i NorKOG (Nasjonalt register for personer som utredes for kognitiv svikt ved hukommelsesklinikker i Norge) som inngår i ulike prosjekt, blant annet i genetiske studier i prosjektet DemGene.

Omfattende virksomhet

I den studien Ingvild Saltvedt disputerte på, og senere i en studie på hoftebruddspasienter, har de studert effekten av bred geriatriisk utredning og behandling hos akutt syke skrupelige eldre pasienter innlagt i sykehus.

– Vi gjør en helhetlig utredning innen fire domener: somatisk tilstand, mental helse som kognitiv funksjon, angst og depresjon, pasientenes funksjonsnivå og sosiale aspekter. Det arbeides tverrfaglig, og teamet lager i samarbeid med pasienten og eventuelle pårørende en behandlingsplan som ofte omfatter noe rehabilitering, og der det settes kortsiktige og langsiktige mål. Behandlingen må skje i samarbeid med kommunene.

Vi har også fått penger fra Norges forskningsråd til et prosjekt (LAST-long), som blant annet vil studere hvorvidt en modifisert versjon av denne intervensjonen utført ved en koordinator i kommunene hos hjerneslagpasienter gir bedre funksjon og livskvalitet over tid. I tillegg har vi et prosjekt ledet av Sykehuset Innlandet for å gjøre en liknende intervensjon på eldre kreftpasienter som skal ha strålebehandling.

Faglig engasjement

– *Eldresamfunnet vil være en realitet om få år. Synes du at de geriatriiske miljøene får tilstrekkelig rom – offentlig, politisk og medisinsk?*

– Egentlig ikke. Mange av våre beslutningstakere er bekymret fordi det blir så mange eldre i årene som kommer, men da burde de være villige til å lære av, og implementere, behandlingsmetoder vi har vist virker. Men vi sliter med å få nok ressurser til klinisk geriatriisk behandling, det er for få senger og leger som utdanner seg til geriater har problemer med å få overlegestillinger. Samfunnet burde også satse mere på eldrevennlige sykehus, ettersom man forventer at antallet eldre pasienter vil øke sterkt i årene som kommer. Men det er ofte liten vilje hos beslutningstagere til å bruke

geriatrik kompetanse for å utvikle tjenestetilbudene. Det ser jeg ikke som spesielt framtidrettet. Hva med de selv da, tenker jeg. Vil de selv, som eldre, finne seg i å få en behandling som ikke er tilpasset deres behov?

Saltvedt mener at kommunene har fått bedre kompetanse på behandling av geriatrike pasienter de siste årene og dermed er i stand til å utrede og behandle en del problemstillinger som tidligere måtte løses i sykehusene

– Men et økende antall eldre pasienter vil fortsatt trenge behandling på sykehus. Det er de som får de fleste sykdommene

Etterlyser satsing

Saltvedt viser til hoftebruddspasientene; en stor pasientgruppe, nesten like stor som hjerne-slaggruppen.

– De er syke og skrøpelige fra før, så kommer det et brudd på toppen. I forbindelse med operasjonen får de også hjertesvikt, nyresvikt, akutt forvirring og mye mere. Derfor er både ortopeder og geriater enige om at det beste for pasientene er at vi jobber sammen. Ved St. Olavs og noen andre sykehus har vi derfor begynt å jobbe med ortogeriatrici, som er en tverrfaglig behandlingsmodell for eldre med brudd. Det ble i en klinisk kontrollert studie utført på St Olavs hospital som ble publisert i The Lancet, vist at ortogeriatrici tverrfaglig tilnærming hos hjemmeboende hoftebruddspasienter kan spare samfunnet for utgifter, blant annet at det ble 19 færre døgn i institusjon. Dette i tillegg til at pasientene fikk økt livskvalitet og bedre funksjon, det som betyr noe for å ha et bra liv. Det er gjerne det man er opp-tatt av når man er i 80-åra – ikke nødvendigvis å ha et lengst mulig liv, men et best mulig liv.

Likevel er det ofte vanskelig å få gehør for dette. Slik forsterket innsats belønnes ikke økonomisk, noe som gjør det vanskelig å implementere dette i stor skala. Dette i motsetning til i England og Tyskland, der sykehusene nå får betalt for å jobbe «riktig» med hoftebruddspasientene.

Samhandleren

– Det skjer samtidig mye positivt. Hva er Ingvild Saltvedt mest stolt av når det gjelder egen fag- og legegjerning?

– Det er å ha en stor aksje i avdelingens utstrakte samhandling. I over ti år nå har vi holdt ettermiddagskurs for fastlegene fem dager i året, kalt Geriatriforum. Slik har vi bygget et omfattende nettverk og samtidig løftet fastlegenes geriatrike kompetanse i sykehusets nedslagsområde. Dermed utreder og behandler

de flere pasienter på en god måte ute i kommunene.

I Trondheim har man de ti siste årene også arrangert en lokal versjon av Aldring og helses konferanse *Demensdagene, Sør-trøndersk demensforum*.

– I samarbeid med flere instanser inviterer vi til konferanse for folk som jobber «på gulvet» i sykehusets nedslagskommuner. Gjennom et allsidig program heves de cirka 200 påmeldtes engasjement og faglige nivå. Vi forsøker å gjøre det så rimelig som mulig, de som bor langt unna får blant annet dekket utgiftene til hotell. Vi holder i tillegg et dialog-møte hvert år for ansatte i nedslagsområdets hukommelsesteam. De forteller hva de jobber med, vi om hva vi gjør. Folk fra Fylkesmannen og Aldring og helse pleier også å delta. Vi har også hatt et prosjekt finansiert fra regionalt helseforetak, Fosen og Fjellregionen-prosjektet der man hadde fokus på økt kompetanse og bedre samhandling med kommuner som ligger langt fra sykehuset. Gjennom disse tiltakene har vi bygget et solid og godt nettverk rundt St. Olav. Det er viktig og bra, både for fagutvikling og samhandling.

På avdelingens vegne ønsker Ingvild Saltvedt seg ytterligere samhandling innad i sykehuset.

– At vi kan bli brukt mere og bidra til økt kompetanse på flere avdelinger slik at St Olavs hospital blir et «eldrevennlig sykehus». Men dette forutsetter en forankring hos sykehusets ledelse slik at man får de nødvendige ressursene. Min egen ambisjon for de årene jeg har igjen følger av det: Å videreføre det vi har påbegynt slik at det geriatrike fagmiljøet blir enda mer solid når det gjelder klinikk, forskning og undervisning. Dessuten jobbe for å få forståelse av at bred geriatrik utredning og behandling er en god metode for å skreddersy behandling for eldre pasienter med mange ulike diagnoser.

– Du sa innledningsvis at du har hatt det travelt. Hva gjør Ingvild Saltvedt når hun har fri?

– Hmm ...? Jeg har nok en plagsom tendens til å ha lite fri.

Ved nærmere ettertanke synger hun i et damekor. Det er veldig trivelig, og hun går daglige turer med familiens mellomschnauzer Busta.

– Man må jo trimme litt for å holde seg i form. Jeg har gamle foreldre som bor langt unna, det tar tid å besøke dem. Ellers liker jeg å være sammen med familie og venner, men skulle ønske at det var enda mer tid til det. En god kveld i sofaen med et glass rødvin, godt lesestoff eller strikketøy og TV er heller ikke så verst. Fritida har blitt litt amputert, så jeg må nok prøve å få tilbake litt av den.

«Gjennom disse tiltakene har vi bygget et solid og godt nettverk rundt St. Olav. Det er viktig og bra, både for fagutvikling og samhandling.»

Interessen for
Bjørn Lichtwarcks
prisvinnerforedrag
var stor.

Charlotte Nagell (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)

TID vant forskningsprisen

Bjørn Lichtwarck fikk Leon Jarners forskningspris for 2018. – Vi har vist at det finnes behandlingsmuligheter for personer med demens med atferdsmessige og psykologiske symptomer, sier prisvinneren.

Forskeren mottok prisen på 75 000 kroner til rungende applaus og jubelrop under Demensdagene i Oslo i desember.

– Det er en stor ære for alle som har bidratt til studien, understreker Lichtwarck, som er spesiallege og forsker ved Forskningssenteret for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS) ved Sykehuset Innlandet og prosjektleder for TID-studien.

– Denne pasientgruppen får sjelden de store overskriftene. Det har eksistert en holdning om at ingenting hjelper, i beste fall et medikament som vi vet kan ha dårlig effekt og i verste fall alvorlige bivirkninger. Med TID-studien viser vi at symptomer og plager kan reduseres i betydelig grad hvis vi gjør en systematisk tverrfaglig utredning og møtes i et felles rom for å reflektere over funnene våre.

TID, tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens, er et manualbasert verktøy som personalet anvender for å utrede, tolke og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens og andre alvorlige psykiske lidelser. Modellen bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg.

– TID kan brukes som fast rutine eller når man møter komplekse utfordringer som for eksempel apati, nattlig uro eller ernæringsvansker, og kan med fordel prøves ut før bruk av tvang og antipsykotika, sier forskeren.

Systematisk arbeid

Modellen består av tre faser: Registrerings- og utredningsfasen, refleksjons- og veiledningsfasen og tiltaks- og evalueringsfasen. Lichtwarck forklarer at det først utføres en systematisk og helhetlig kartlegging av symptomene, gjerne med døgnregistrering og ulike kartleggingsverktøy. Personalet samtaler med pårørende og personen selv for å få tak i hans eller hennes perspektiv, preferanser og ressurser, og legen avdekker eventuelle somatiske eller medikamentelle årsaker til symptomene.

– Så tar man med seg informasjonen til et refleksjonsmøte der man systematisk analyserer funnene med kolonneteknikk fra kognitiv terapi, som bidrar til å skape kreativitet og gode løsninger. Møtet resulterer i skreddersydde tiltak, som man tester ut og evaluerer i den siste fasen, sier Lichtwarck.

Juryen skriver i begrunnelsen at prisvinneren «sammen med sitt tverrfaglige team har bygget opp sin studie fra idé via pilotstudie til gjennomføring av en randomisert kontrollert studie knyttet til metoden og videre til innlevering av sitt doktorgradsarbeid innen et område der evidensgrunnlaget er motstridende. Han har vist ved nytenkning, generert av bred erfaring på demensfeltet, at en enkel modell kalt TID bedrer utredning og behandling av agitasjon hos personer med demens. Prosjektet fokuserer også på holdninger til demens, mestring og samspill i arbeidet blant helsepersonell, hvilket juryen anser som viktige faktorer for å lykkes i arbeidet med nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens. TID er en modell med stor grad av overførbarhet nasjonalt og muligens også internasjonalt ved tilrettelegging og oversettelse til andre språk».

Manglet verktøy

Arbeidet med TID-modellen startet da Lichtwarck arbeidet ved et sykehjem i Mo i Rana og savnet et skikkelig redskap for gjøre jobben sin som lege for denne pasientgruppen.





– For å få til en adekvat behandling måtte vi finne en måte å overføre den formelle kunnskapen til situert kunnskap, det vil si kunnskap om personen, symptomene og situasjonen rundt. Jeg hadde tatt videreutdanning i kognitiv terapi og foreslo for avdelingsleder at vi skulle forsøke å bruke prinsipper derfra. Vi så umiddelbart at dette hadde effekt, både på pasienter og personalet, så vi fortsatte og gjennom pilotprosjektet utviklet vi en manual slik at også andre skulle få nytte av våre erfaringer.

Da forskningsgruppa seinere rekrutterte sykehjem til studien, ga ansatte uttrykk for at en behandlingsstrategi var etterlenget.

– TID er utviklet i praksisfeltet og krever ingen store endringer i arbeidsdagen. Modellen er enkel og intuitiv å forstå, og man lærer underveis. Vi oppfordrer deltakerne til å være spørrende og undersøkende. Vi utforsker framfor å konkludere. Modellen er tverrfaglig, og det betyr at vi jobber sammen og på like fot. Det skaper lojalitet til arbeidet.

Fikk raskt resultater

Studien inkluderer 33 sykehjem. Før loddrekning ble 229 beboere undersøkt i forhold til atferdsmessige og psykologiske symptomer, livskvalitet og bruk av medikamenter. 17 av sykehjemmene ble trukket ut til intervensjon og personalet fikk en dags opplæring i TID, mens ansatte ved kontrollsykehjemmene fikk to timer undervisning om demens og symptomer.

– Det som skiller denne studien fra andre studier av lik karakter, er at vi kan vise effekt etter kort tid. Det første primære effektmålet var agitasjon og aggresjon. Der fant vi en signifikant og klinisk betydningsfull reduksjon etter åtte og 12 uker. Så hadde vi flere sekundære effektmål. Det vil si mulige effekter som ikke er like sikre som de primære. Vi fant her signifikant reduksjon i depresjonssymptomer, vrangforestillinger og manglende hemninger, og signifikant forskjell i livskvalitet til fordel for intervensjonsgruppa, forteller forskeren.

Så hvorfor fungerer TID? Studien fant ingen forskjell i formell kunnskap hos personalet i de to gruppene.

– Helsepersonell som deltok i intervensjonen lærte seg å omsette formell kunnskap til situert kunnskap. Vi møter komplekse problemstillinger i fellesskap og sammen skaper vi ny kunnskap. Vi tror det sørger for effektive tiltak, sier Lichtwarck.

Prispengene skal brukes til å utvikle effektive opplæringsprogrammer for videre implementering og utbredelse av TID og utarbeide en ny revidert utgave av manualen.

– Målet er å spre TID, og vi vil følge spredningen av TID med et eget forskningsprosjekt. Prisen bidrar til at flere blir kjent med modellen og melder seg på våre kurs. Det betyr igjen at flere personer med demens og disse symptomene kommer til å oppleve betydelig bedring i årene framover. Så det er all grunn til å takke juryen, smiler Lichtwarck.

For mer informasjon www.tidmodell.no og www.alzheimerforskning.no



Leder Tove Meinstad (t.v.), avdelingsleder Ingeborg Bøch Myrran, fagsykepleier Lena Halvorsen og verneombud og sykepleier Lena Charlotte Bredsand.



Tilbyr brødsriver før beroligende

Charlotte Nagell (tekst/foto)

Økt bemanning og kompetanse har bidratt til kraftig reduksjon i avvik og bruk av behovsmedisiner på skjermet avdeling ved Bamble helsehus.

Helsehuset, som har 62 sykehjemsplasser, opplevde i 2015 mange alvorlige avvik i form av slag, spark, spytting og seksuelle tilnærmelser fra pasienter med demenssykdommer. Det førte til at sykefraværet i perioder var svært høyt, og ansatte ga uttrykk for at de følte seg utrygge på jobb.

Ledelsen og verneombudene tok tilbakemeldingene på alvor og starta våren 2016 et prosjekt om forebygging og håndtering av utfordrende atferd hos personer med demens, sammen med HMS-avdelingen i kommunen.

Prosjektet innebar at alle ansatte deltok på Terma-kurs (terapeutisk møte med aggresjon) og fagdager med psykolog Lise Næss, om forebygging av vanskelig atferd. Rutiner og prosedyrer ved avdelingene ble oppdatert, alarm-systemer utvidet og fellesarealer ble ommøblert og oppgradert for å skape trivelige omgivelser.

Alltid en ansatt på stua

Ved skjermet avdeling økte i tillegg grunnbemanningen med fire årsverk. Avdelingen har sju enkeltrom, felles kjøkken, ei lita og ei stor stue med utgang til sansehage. Fagsykepleier Lena Halvorsen forteller at kursene førte til en mer strukturert oppfølging av pasientene og økt fokus på miljøarbeid.

– Vi begynte å fordele arbeidsoppgavene på en ny måte. I tillegg til å følge opp en eller to beboere, fikk de ansatte enten ansvar for kjøkkenet, reint tøy eller miljøet. Dermed var det alltid ansatte på stua som kunne trygge dem som trengte ro, eller følge pasienter med uro i kroppen, også utendørs. Vi skrev ned miljøtiltak i pleieplanen til hver enkelt pasient og

brukte pårørende som ressurs for å kartlegge beboernes behov.

Så effekt av prosjekt

Halvorsen tok initiativ til å samle inn data og føre statistikker (fra mars 2016 til mars 2018). Hun kan vise til tall som indikerer at tiltakene ga resultater. Antall avvik for vold og utagering sank fra 53 i mars, april og mai 2016, til ti i desember, januar og februar 2016–2017. I løpet av 2017 ble det aldri registrert over ti avvik, og kun to avvik ble meldt det første trimesteret i 2018.

Fagsykepleierens tall viser også nedgang i avvik i forhold til medisiner, som hun tilskriver endringer i rutiner for medisinnutdeling. Tidligere delte en ansatt ut medisiner til alle, nå tok hver og én ansvar for egne pasienter. I tillegg kontrollerte kjøkkenansvarlig at samtlige medisiner var gitt, altså en dobbelt kontroll.

– Vi så også en kraftig reduksjon i bruk av beroligende behovsmedisiner. De tre første månedene av prosjektet delte vi ut 48. Tallet var sunket til sju første trimester i fjor, men det har selvsagt vært svingninger, og det vil det trolig også fortsette å være. Så det gjelder å ikke miste gnisten, sier Halvorsen.

Tørre å ta diskusjoner

Fagsykepleieren vektlegger at reduksjon i behovsmedisiner ikke alene skyldes prosjektet. Avdelingen har fulgt retningslinjene for riktig legemiddelbruk i sykehjem fra pasientsikkerhetsprogrammet, siden 2015. Det innebærer blant annet en tverrfaglig gjennomgang av alle pasienters medisinarbark hvert halvår.

– Ulike faggrupper observerer forskjellige sider ved pasientene. Samarbeid er derfor alfa og omega. For eksempel kan det hende at jeg som sykepleier forholder meg til sykdommen, hjelpepleieren observerer utfordringer i stell, vernepleieren ser vansker i miljøet mens legen vurderer interaksjoner mellom ulike medisiner. Vi må skape et miljø med gjensidig respekt slik at alle våger å si høyt hva de tenker og tror og utfordre hverandre faglig.

Av og til krever det et skikkelig gravearbeid i journal og gamle epikriser, og ikke minst samtaler med pårørende. Ingen av pasientene ved skjermet enhet står i dag på sovemedisiner, og kun én av pasientene bruker angstdempende middel, men er i en nedtrappingsfase. Avdelingene har også redusert bruken av laksativer og tilskriver nedgangen økt fysisk aktivitet og svisker til måltider.

– Vi kan ikke ha hele felleskatalogen på medisinarkeet fordi det er kjekt. Vi så for eksempel at en av våre beboere hadde fått beroligende medisin på grunn av uro, en annen hadde fått sterke smertestillende. Så viste det seg at begge egentlig var plaget av magesyre. En pille mot sure oppstøt gjorde susen. Den type erfaringer lærer vi av og tar med oss videre i vurderingen av andre pasienter. Vi opplever at pasientene har det bedre. De er mer våkne, sier Halvorsen.

Tenker alternativt

Leder Tove Meinstad understreker at sykepleiere som blir kontakta på grunn av uro hos pasienter, først skal forsikre seg om at tiltak i pleieplanen er prøvd ut før man tyr til behovsmedisiner. Det kan dreie seg om å tilby mat, drikke eller toalettbesøk.

– Det er mange hos oss som får en brødskeive i stedet for beroligende, sier lederen.

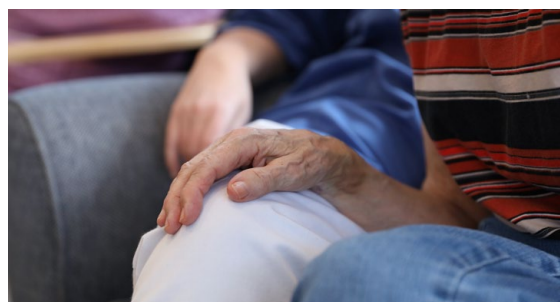
Halvorsen tilføyer at man må ta høyde for at det heller ikke er alle som sover natta gjennom i ett strekk.

– Kanskje «Astrid» har vært vant til å stå opp for å gå på jobb klokka fire hver morgen. Det spiller jo ingen rolle om hun rusler seg en runde på stua. Kanskje har hun angst, da kan det være godt å sitte i en stol ved siden av nattevakten. Det er bare fantasien som setter grenser, men det kan selvsagt være utfordrende hvis det er høyt arbeidspress og ansatte ikke kjenner pasientene godt nok.

Verneombud og sykepleier Lena Charlotte Bredsand sier det er lett å ønske seg en «quick-fix» når man ser at pasienter ikke har det bra, men at det er viktig å prøve andre tiltak før man gir beroligende medisiner.

– Samtidig vil jeg understreke at vi har pasienter med sykdommer som trenger medisiner. Vi er ikke ute etter å nulle ut hele medisinarkeet.

Økt bemanning og endring i rutiner har ført til at det alltid er to ansatte på stua ved skjermet avdeling. Det gir mer ro i miljøet.



Behov for strakstiltak

Situasjonen ved Bamble helsehus hadde i 2015 eskalert slik at det var nødvendig med mange forandringer i løpet av kort tid. For en del ansatte var det krevende å plutselig skulle gjøre ting på en helt ny måte. Ikke alle følte eierskap til prosjektet. Det ble derfor brukt tid på å implementere mål og tiltak i personalgruppa.

– Suksessfaktoren dreier seg ikke bare om økt antall hender. Det må være hoder til de hendene sier Meinstad.

– Både bemanning og kompetanse er vesentlig for å lykkes. Vi økte som sagt bemanningen ved skjermet enhet med fire årsverk under prosjektet. Fra årsskiftet ble 3,3 av dem gjort om til faste stillinger. Det er vi veldig godt fornøyd med. Vi ser at det er krevende å bli kjent med pasientene og prøve ut miljøtiltak. Man trenger ro. Jeg vil ikke mene noe om hva som er riktig bemanning, det vil være individuelt fra sted til sted, men for vår del har det vært riktig strategi.

OM BAMBLE

- Bamble er en kystkommune i Telemark
- Kommunen har 14 131 innbyggere (SSB tredje kvartal 2018)
- Bamble helsehus har sengeavdeling med 62 enerom, fordelt på langtids-plasser, kortidsopphold og skjermet avdeling
- Helseinstitusjonen rommer også dagavdeling, fysio- og ergoterapi-tjenesten, legevakt, diabetessykepleier, demenskoordinator, sårpoliklinikk, kolssykepleier med mer.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem

- Tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang ved innkomst, halvår og årskontroll
- Etablere struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging
- Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal innen 24 timer etter endringer
- Sikre tverrfaglige undervisnings- og casemøter om optimal legemiddelbehandling av pasientene.

Kilde: pasientsikkerhetsprogrammet.no



– Når aldersendringer, sykdommer og polyfarmasi virker sammen, blir pasientene sårbare, sier Gro Næss.

Etterlyser systematisk oppfølging av medisinbruk

Charlotte Nagell (tekst/foto)

– Det er økt bevissthet rundt polyfarmasi hos skrøpelige eldre, men vi mangler fortsatt en strukturert oppfølging av legemiddelbruk hos denne pasientgruppa, sier Gro Næss, sykepleier og universitetslektor ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN).

Næss har jobbet med forskningsprosjekter knyttet til multisyke eldre siden 2006 og er for tiden doktorgradsstudent ved Universitetet i Oslo. Hun er også rapportansvarlig for: *Akutt syke eldre som kommer til sykehus, hva kjennetegner dem og behovet for helsehjelp?*, som ble lansert i februar.

Rapporten presenterer funn fra en stor, tverrfaglig studie, i regi av Sykehuset i Vestfold. Målet er å bidra med kunnskap om akutt syke eldre som innlegges på sykehus fra kommunehelsetjenesten og deretter tilbakeføres til sistnevnte. Et kapittel er viet legemiddelbehandling.

Samhandlingsreformen, som ble innført i 2012, skulle bidra til å flytte virksomhet fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Det innebærer at

pasienter skrives ut tidligere fra sykehus, og hjemmetjenesten har overtatt nye oppgaver, men kan mangle tilstrekkelig kompetanse og rutiner for å ivareta disse, i følge rapporten.

– Når aldersendringer, sykdommer og polyfarmasi virker sammen, blir pasientene sårbare. Jeg sammenlikner dem med intensivpasienter som avspises med pleie og omsorg, mens de egentlig har behov for avanserte geriatriske helsetjenester, sier Næss.

Mangler kompetanse

Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten er ett av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet, *I trygge hender 24-7*. Næss mener det har ført til økt bevissthet omkring medisinbruk, men studier og erfaringer tilsier at det fortsatt er en vei å gå.

– Jeg er fagansvarlig for geriatriisk vurderingskompetanse ved Campus Vestfold. Seinest i går spurte jeg studentene, som til daglig jobber som sykepleiere i hjemmetjenesten, om de til enhver tid kjenner pasientenes legemiddelbehandling, og hvilke diagnoser som ligger til grunn for behandlingen. Svaret var nei, sier Næss.

Hun understreker at det er viktig med en årlig, tverrfaglig legemiddelgjennomgang, men at det også må være noen som sier stopp når symptomer på funksjonssvikt melder seg. Pasienter med ny oppstått svimmelhet, uro, redusert gangfunksjon eller matlyst, kan ikke vente til neste legemiddelgjennomgang.

– Vi trenger en systematisk oppfølging med observasjon av multisyke eldre i stabile faser, slik at vi kan oppdage symptomer på funksjonssvikt på et tidlig tidspunkt og forebygge ytterligere funksjonssvikt og akutte innleggelser. Vi har blitt flinkere til å vurdere legemidler når noe skjer akutt, men må bli bedre på å følge opp fra dag til dag.

Opptrer ulikt

Studien hadde tre inklusjonskriterier: 75 år og eldre, vedtak på kommunale hjemmetjenester og en akuttinnleggelse på medisinsk avdeling ved Sykehuset i Vestfold.

232 personer fra seks kommuner passerte nåløyet. Gjennomsnittsalderen var 86 år, og de hadde i snitt 5,9 timer hjemmesykepleie i uka. 61 prosent ble utskrevet til hjemmet, 32 prosent reiste på korttidsopphold. Pasientene hadde i gjennomsnitt fem diagnoser; hyppigst var

hjertesykdom, nyresykdom, lungesykdom, annen endokrin sykdom og hukommelsessykdom. 32 prosent utviklet delirium under sykehusoppholdet.

De fleste pasientene i studien ble henvist med diagnosen hjertesykdom, etterfulgt av lungesykdom og nedsatt allmenn tilstand. Fall eller besvimelse var vanligst symptompresentasjon ved innleggelse. Deretter fulgte pustevansker, brystmerter og redusert allmenntilstand. I epikrisen var imidlertid nær halvparten av pasienten oppført med behandlingsdiagnosen lungebetennelse.

Næss mener dette illustrerer hvor sammensatt sykdomsbildet er hos multisyke eldre. Symptomer framstår ofte også annerledes enn hos yngre. For eksempel plages ikke eldre pasienter med lungebetennelse nødvendigvis av hoste, men kan bli tungpustet, ustø og svimle. En urinveisinfeksjon trenger heller ikke gi hyppig og smertefull vannlatning som hos yngre.

– Symptomene er ofte mer diffuse og mindre organspesifikke. Pasientene kan bare være slappe og trøtte eller framstå forvirret. En ung kvinne blir sannsynligvis ikke behandlet for urinveisinfeksjon, men en tilsvarende infeksjon kan være utgangspunkt for sepsis hos en eldre kvinne, forklarer universitetslektoren.

Risikerer bivirkninger

Pasientene i studien brukte i gjennomsnitt 7,8 legemidler. Antallet økte til 14,5 under sykehusinnleggelsen. De hyppigst brukte legemidlene var diuretika, ACE-hemmere, betablokkere, blodplatehemmere og kolesterolsenkende medisiner.

Rapporten beskriver bivirkninger og interaksjoner knyttet til de mest brukte legemidlene hos eldre. Det er for eksempel anbefalt å være spesielt oppmerksom på falltendens og svimmelhet når pasienter bruker legemidler for hjerte og kretsløp. Mens syrenøytraliserende midler har bivirkninger som magesmerter, forstoppelse og diaré. Disse kan forårsake ernæringssvikt, som ble funnet hos mange av pasientene. I følge rapporten er eldre fire til sju ganger mer utsatte for å oppleve uønskede legemiddelrelaterte sykehusinnleggelser.

– Vi har blitt bedre på å behandle sykdom. Får pasienten flere diagnoser, kan det utløse et helt batteri av legemidler, sier Næss og tilføyer:

– Nå kan det høres ut som jeg er imot at eldre skal behandles med legemidler. Det er jeg selv sagt ikke, men vi er for lite opptatt av å se hvordan aldring, sykdommer og legemidler fungerer i forhold til hverandre. Multisyke eldre har redusert homeostase, og dermed øker risikoen for bivirkninger. Når vi vet at dødeligheten

«– Vi trenger en systematisk oppfølging med observasjon av multisyke eldre i stabile faser...»

FERSK RAPPORT

Akutt syke eldre som kommer til sykehus, hva kjennetegner dem og behovet for helsehjelp?

- Sykehuset i Vestfold (SiV) er prosjekteier
- Publisert fra SiV februar 2019
- Finansiert av SiV, Helse Sør-Øst v/Helsedialog og Helsedirektoratet
- Kommunene Horten, Holmestrand, Nøtterøy, Re, Tønsberg og Sandefjord deltok
- Data fra studien brukes i postdoc-studie, PhD-studie og flere masterstudier.

blant pasientene i studien var på hele 42 prosent innen ett år, må vi stille spørsmål ved om det er hensiktsmessig å leve med ubehagelige bivirkninger det siste leveåret. Spesielt hvis disse stammer fra forebyggende medisiner, som kolesterolsenkende midler. Vi må lytte til pasientene og finne ut hva som er viktig for dem. Behandlingsavklaring må på plass på tvers av forvaltningsnivå.

Pulverisert ansvar

Næss forteller at studien har vist at mange legemidler «nulles ut» under sykehusinnleggelsen, men settes tilbake på medisinslista når pasientene skrives ut.

– Vi vet ikke hvorfor. Det kan handle om at det var riktig å seponere legemiddelet i en akutt fase, men årsaken kan også være at sykehuset tenker at fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret for hjemmeboende eldre og kjenner pasienten best. Når fastlegen ser at pasienten har vært i spesialisttjenesten, og fortsatt står på samme legemidler, pluss eventuelt nye, så tenker kanskje vedkommende at da fortsetter vi sånn.

I noen tilfeller, særlig når pasientene ikke kan gjøre rede for egne medisiner, viser rapporten at legemiddellister fra tidligere epikriser i innkomstjournalen brukes i nye epikriser. Næss ønsker bedre samhandling rundt multi-syke eldre.

– Vi kan ikke forvente at alle fastleger skal ha geriatrik spisskompetanse. Derfor kan det være hensiktsmessig å samle disse pasientene hos en gruppe fastleger, med spesiell interesse for geriatri, og danne tverrfaglige team med sykepleiere, geriater og farmasøyter. Vi må også styrke nivået på sykepleiefaglige vurderinger som gjøres av helsetjenester i hjemmet. Observasjon og vurdering er kjernefunksjoner i sykepleie. Det er helt nødvendig å kjenne og dokumentere pasientenes habituelle situasjon,

for å ha et utgangspunkt til å vurdere endringer. Deretter er det viktig at sykepleiere bruker tilgjengelig verktøy, som er egnet til å fange opp endringer, og sender elektroniske meldinger til fastlegene, slik at de har et faglig basert beslutningsgrunnlag å forholde seg til. Eldre rapporter sjelden bivirkninger spontant, men helsepersonell må være klar over hvilke bivirkninger og interaksjoner som kan oppstå og kartlegge disse.

Har for liten tid

Høsten 2018 tok USN inn 63 studenter til geriatrik vurderingskompetanse og hadde flere på venteliste. Det tyder på at sykepleiere ønsker kompetanseheving. Studiet har et tydelig klinisk fokus slik at studentene skal kunne relatere undervisningen til egen arbeidshverdag. De sier at studiet gjør dem tryggere, både i vurderingen av pasienter og kommunikasjonen med leger. Samtidig forteller studentene om hektiske vakter med liten tid til hver pasient.

– Det er opprettet flere korttidsplasser, og mange kommuner har gode innsatsteam. Men dette er en stor og voksende pasientgruppe, og stadig flere bor hjemme. Hvis de avspises med knappe seks timer hjemmesykepleie i uka, så er det ikke mye tid til strukturert observasjon og vurdering.

En fastlege sa en gang til Næss: «Ditt største problem er at du ikke aksepterer at gamle folk blir syke og dør». Hun er uenig i påstanden.

– Jeg aksepterer sykdom og død, men ikke at vi påfører sårbare eldre unødvendige belastninger fordi vi ikke klarer å behandle og følge dem opp på en god nok måte. Vi må sørge for økt kompetanse og gode rutiner med systematisk oppfølging basert på en behandlingsavklaring, i samarbeid med pasient og pårørende, slik at disse pasientene opplever god livskvalitet, også i livets siste fase.

«– Jeg aksepterer sykdom og død, men ikke at vi påfører sårbare eldre unødvendige belastninger...»

GERIATRISK VURDERINGSKOMPETANSE

Deltidsstudium på mastergradsnivå (30 studiepoeng) ved Universitet i Sørøst-Norge. Fokuset er på multisyke eldre som er påvirket av aldersendring, sykdomsprosesser og polyfarmasi. Dette er pasienter som ikke bare trenger omsorg, men avansert geriatrik helsehjelp. Studentene arbeider med pasientenes behov for helsehjelp i stabile og akutte faser. Sykepleieren har et stort ansvar for disse pasientene i hele helsevesenet, på tvers av forvaltningsnivå. Observasjon og vurdering er kjernekompetanse hos sykepleiere.

Utdanningen er nett- og samlingsbasert. Det holdes samlinger på Campus Vestfold, enkelte av disse har obligatorisk frammøte. Studentene velger selv om de vil være fysisk til stede eller delta over nett i resten av utdanningen.

Geriatrik vurderingskompetanse er godkjent som emne både i master i avansert klinisk sykepleie og i master i klinisk helsearbeid, studieretning geriatrik helsearbeid.

Kilde: usn.no



Eldres bruk av piller og alkohol bekymrer. – Vi bør likevel ikke moralisere på enkeltnivå. Kan vi møtes i undring – uten skam – er det det optimale, sier psykiater Jørgen Bramness, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Bente Wallander (tekst/foto)

Bekymret over eldres bruk av alkohol og piller

Jørgen Bramness tviler ikke på at bruken av alkohol og benzodiazepiner (angst- og sovemidler) kan skade eldres helse.

Jo eldre vi blir, desto flere medikamenter tar vi. En hovedforklaring er at med alderen følger flere sykdommer. Om medisinene brukes riktig kan de være til god hjelp.

– Den kohorten i vårt samfunn som nå begynner å bli eldre og gamle bruker mere alkohol enn tidligere generasjoner og forsåvidt enn dem som kommer etter. De bruker det på grunn av at det er godt og gir positive opplevelser. Men sammen med ulike legemidler kan dette slå negativt ut, sier Jørgen Bramness, spesialist i psykiatri, seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet.

– Noen bruker også både piller og rusmidler for å behandle uro, angst og søvnvansker. Det hjelper kanskje på kort sikt, men kan på lengre sikt forverre

problemene. Ved langvarig bruk får mange behov for stadig større doser for å oppnå effekt. Folk bør oppfordres til å prøve å klare seg uten slike hjelpemidler. Og det bør de få hjelp til, foreslår Bramness.

Økende ulempe

På befolkningsnivå bruker ikke norske eldre mere medisin enn eldre i andre land.

- Når det kommer til psykofarmaka bruker man til og med litt mindre. I nordiske land bruker vi generelt mindre medikamenter enn i for eksempel USA. Men eldre har dårligere fysiologi og tåler mindre. Det som kan være en utfordring er samtidig bruk av rusmidler og psykofarmaka. Blant eldre nordmenn er det i hovedsak alkohol vi da snakker om, sier Jørgen Bramness.

Han understreker at benzodiazepiner i hovedsak ikke brukes som rusmiddel, men som angst- og sovemiddel.

- Viktig er det likevel å formidle at en av de vanligste bivirkningene av benzodiazepiner er glemsomhet.

Mister førerkortet

Det er i det siste registrert en betydelig nedgang i benzodiazepin-bruk. Dette gjelder antakelig også eldre.

- Spesielt etter at det ble innført ny førerkortforskrift. Personer som bruker enkelte typer benzodiazepiner og alkohol får ikke beholde førerkortet.

Selv har Bramness vært litt bekymret for hvordan legers meldeplikt etter forskriften vil påvirke forholdet mellom lege og pasient. Han mener at det kan gå ut over kommunikasjonen mellom dem.

- Dessuten må vi passe oss for å bli moralistiske på enkeltnivå. Skam hjelper ikke. Vi skal tilby folk å komme fri fra det, og anbefale det. Kan vi møtes i undring, uten skam, er dét det optimale!

Alkohol stjeler år

Det er gjennom flere undersøkelser vist at dagens eldre inntar en del alkohol.

- Det er store individuelle variasjoner, men generelt sett tåler man mindre alkohol med årene. Det skal mindre drikking til før det blir skadelig, påpeker Bramness.

Han er derfor svært fornøyd med at Folkehelseinstituttets direktør Camilla Stoltenberg har slått hull på myten om at litt alkohol er sunt.

- Det er faktisk ikke bevist at du får noen helsemessig gevinst av å drikke alkohol. På

verdensbasis viser forskning tvert imot at tobakk og alkohol tar mange leveår fra folk. Generelt kan det sies at bruk av alkohol er en risikofaktor for sykdom, og at overdreven bruk er en risikofaktor for innpå 200 sykdommer.

Når det er sagt har Bramness tidligere uttalt seg kritisk til en undersøkelse fra HUNT 3-studien om Eldres bruk av vanedannende medikamenter og alkohol.

- Etter min mening var grensene for problematisk bruk i den studien satt for lavt. Det synes jeg var uheldig, da omfanget ikke er så problematisk. Tvert om ser vi at nyttilfanget av brukere for tiden avtar kraftig, akkurat som vi har sett det med røyk. Man ser noe økt risiko for fall, forvirring og så videre, men ofte går det likevel bra.

Flere faktorer

Risikoen ved bruk av tobakk er godt dokumentert. Et flertall nordmenn har de siste årene sneipet røyken for godt. Tilbake står en kjernegruppe bestående av 12 prosent, hvorav de eldre utgjør en større andel. 14 prosent i aldersgruppen 65-74 år er fortsatt dagligrøykere (SSB, 2018).

- Røykere har generelt sett høyere sykkelighet enn sine jevnaldrende, både fysisk og psykisk. Ofte ser man at de som røyker mye også drikker mye.

Innenfor vår kultur har det å nyte alkohol og tobakk vært forbundet med velstand, fest, ferie og det gode liv.

- Mange reiser på utenlandsturer og tenker at det er en unntakssituasjon, men for noen sårbare vil økt alkoholinntak over tid medføre problemer somatisk, psykisk eller avhengighetsmessig. For å unngå helseskader anbefales maks sju ukentlige alkoholenheter for kvinner og 14 for menn, for eldre er det trolig mindre.

Tabubelagte emner

- Mange eldre drikker kanskje av samme grunn som de tar medisiner; som et bidrag til å redusere ulike former for angst. Angst er fortsatt tabubelagt. For noen hjelper det nok akutt å ta et glass eller en pille, men enkelte får det verre etterpå og vil ha mere. Da havner man som tidligere nevnt lett i en ond sirkel, like kompleks som livet selv.

Bramness mener samtidig at man bør være kjempesikkelig med å si hva folk skal, kan eller ikke skal.

- Alkohol, piller og angst henger ofte sammen. Mange ville dra nytte av å bryte dette mønsteret. Som leger kan vi spørre: Skal vi se på muligheten for deg til å endre ditt forbruk av vanedannende? Mange klarer det, og noen rapporterer om store positive endringer som følge av det. Andre, som tilsynelatende bruker lite medikamenter, klarer ikke å redusere sitt forbruk. Hvorfor vet man ikke.

- Sikkert er det likevel at folk skammer seg over ikke å gjøre som de burde, eller ikke er som de vil være. Skammens rolle bør aldri undervurderes. Folk skammer seg over ikke å ha kontroll, eller å ha angst. Vi sier ofte at «du er din egen lykkes smed». Det gjør vi fordi vi tenker at det gir folk en mulighet til å snu på flisa, men vi må samtidig huske at de som da ikke klarer det blir sittende tilbake med spørsmålet: Hvorfor klarer ikke jeg å smi godt nok da?

Les mer:

Bramness JG, Vøyvik T. Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner. Universitetsforlaget, Oslo, 2017

Har det noen bivirkninger?

Spørsmålet stilles ofte litt på tampen av en samtale hvor en har kommet fram til å behandle en sykdom med et legemiddel, og det korte svaret er alltid: Ja.

Jo eldre du blir, jo større er sjansen for at du bruker ikke bare ett, men etterhvert ganske mange legemidler. I 2017 fikk om lag 76 000 hjemmeboende eldre utlevert minst 15 legemidler på resept, viser en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2018 (1). Legemiddelbruken hos eldre som gruppe øker også for hvert år, viser den samme rapporten.

Hva er en bivirkning?

Bivirkninger kan defineres som alle uønskede virkninger et legemiddel kan ha. Når en leser felleskatalogteksten for et legemiddel, er listen alltid lang og inneholder vanlige, uvanlige, bagatellmessige og alvorlige bivirkninger. Det kan være vanskelig både for helsepersonell og pasienter å vurdere om et symptom som oppstår etter oppstart av et legemiddel er en bivirkning. I en befolkningsundersøkelse spurte man 1000 tilfeldige i et telefonintervju om ulike symptomer den siste uken, ni av ti hadde hatt symptomer og median var fem symptomer (2). De vanligste symptomene var ryggsmarter, tretthet, hodepine, tett nese og leddsmerter.

Mange av symptomene som ble rapportert, overlapper med listen over bivirkninger man kan lese om de enkelte legemidlene. Når det gjelder sammenhenger, er det også slik at vi mennesker har en tendens til å tenke at sammenheng i tid, peker i retning av årsakssammenheng. Attribusjon er et sosialpsykologisk begrep om det å gi årsaksforklaringer til hendelser i dagliglivet, og det kan være slik at man oppfatter et legemiddel som årsak til et symptom, eller bivirkning, fordi legemidlet er nytt og derved en plausibel forklaring.

Så er det jo fortsatt slik at mange legemidler gir bivirkninger, men noen er såpass sjeldne at det tar lang tid før de avdekkes. Andre bivirkninger kan være et så vanlig symptom (slik som hoste), at det av den grunn tar lang tid før man

ser sammenhengen mellom legemiddel og symptom.

Samtidig bruk av flere legemidler

Mange eldre bruker som nevnt flere legemidler, og derved øker sannsynligheten for at bivirkninger oppstår. Dette skyldes både at man «legger sammen» de lange bivirkningslistene, slik at utvalget blir større – men også at legemidlene kan påvirke hverandre og gi større risiko for bivirkninger. En utfordring for alle som skal behandle eldre mennesker, er å finne balansen mellom å behandle og forebygge sykdom, og å påføre unødvendige plager. Skal man følge alle de nasjonale retningslinjene for optimal behandling av for eksempel høyt blodtrykk, hjertesvikt, benskjørhet, TIA og KOLS – hos den enkelte pasient – kan legemiddellisten bli veldig lang.

I en undersøkelse ved en alderspsykiatrisk avdeling, fant man at hos pasienter som samlet sett ble vurdert å ha bivirkninger som i moderat eller alvorlig grad gikk utover deres daglige funksjon, var blant annet et høyt antall legemidler en viktig faktor (3).

Vurdering

Så er det viktig for pasienter og helsepersonell at vi ikke undervurderer betydningen av bivirkninger, enten det gjelder legemidler for somatiske eller psykiske lidelser. I en stor registerstudie fra USA, fant man at et mye brukt skjema for å vurdere bruddrisiko beregnet for lav risiko hos pasienter med depresjon og hos pasienter som brukte legemidler mot psykiske lidelser (4).

At benzodiazepiner øker risiko for fall og brudd er kjent for de fleste, men at antipsykotiske og antidepressive legemidler også gjør det, er kanskje mindre kjent. Så hva skal vi som

SKREVET AV

Marit Tveito,
ph.d., seksjonsoverlege
Alderspsykiatrisk avd.
Diakonhjemmet
Sykehus

helsepersonell gjøre for å begrense bivirkninger av legemidler hos våre eldre pasienter?

For de som forskriver legemidler, er det selvfølgelig viktig å passe på at alle legemidler har en god indikasjon, ta hensyn til interaksjon mellom legemidler og legge en plan for evaluering av behandlingen. Kanskje er legemidlet viktig å fortsette med til tross for bivirkninger, men da kan andre tiltak være aktuelle, slik som å vurdere fallrisiko i hjemmet og tilpasse omgivelser og hjelpemidler. Det er få gode skjema for å fange opp bivirkninger, men enkelte selvrapporteringskjema finnes på for eksempel helsebiblioteket.no, og kan være et godt utgangspunkt for vurderingen. Og så må vi ikke glemme det som kanskje er aller viktigst – spør pasienten om han eller hun har opplevd noen problemer med legemiddelbehandlingen. Spør etter konkrete symptomer hvis det gjelder vanlige bivirkninger, men ha gjerne et åpent spørsmål til slutt – det kan hende at nettopp din pasient opplever en sjelden bivirkning, eller en kombinasjon av bivirkninger som gir et funksjonsfall eller nedsatt livskvalitet.

■ marit.tveito@me.com

REFERANSER:

1. Berg C, Blix HS, Fenne O, Hjellvik V, Husabø KJ, Little-skare I, et al. Legemiddelstatistikk 2018:2, Reseptregisteret 2013-2017. Folkehelseinstituttet: Folkehelseinstituttet; 2018.
2. Petrie KJ, Faasse K, Crichton F, Grey A. How common are symptoms? Evidence from a New Zealand national telephone survey. *BMJ open*. 2014;4(6):e005374.
3. Tveito M, Correll CU, Bramness JG, Engedal K, Lorentzen B, Refsum H, et al. Correlates of major medication side effects interfering with daily performance: results from a cross-sectional cohort study of older psychiatric patients. *International psychogeriatrics / IPA*. 2015:1-10.
4. Bolton JM, Morin SN, Majumdar SR, Sareen J, Lix LM, Johansson H, et al. Association of Mental Disorders and Related Medication Use With Risk for Major Osteoporotic Fractures. *JAMA psychiatry*. 2017;74(6):641-8.



Ill.: Marit Tveito



Edith Fjellstad er blitt glad i medisineringsroboten som roper på henne hver morgen klokka åtte.

Charlotte Nagell (tekst/foto)

De gode hjelperne

Velferdsteknologi gir flere varme hender i Kvinesdal.

Kommunen ligger i Vest-Agder fylke og er omkranset av høye fjell. Administrasjonssentrum heter Liknes, og her møtes de to elvene Kvina og Litleåna, før de renner ut i Fedafjorden.

Kvinesdals slagord er: «Vennlig, vakker og vågal», og det lever både kvindølene og naturen opp til. Torhild Kvinlaug, enhetsleder for åpen omsorg og rehabilitering, kaller Kvinesdal en ja-kommune.

– Vi vil mye, sier hun.

– Det gjennomsyrrer hele kommunen, fra politikere til ledere og ansatte i hjemme-

tjenesten. Vi hiver oss på nye ting. Vi vil lære og utforske. Det gjelder også velferdsteknologi. Hos oss er endring en tilstand.

Stortinget etablerte i 2013 *Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014-2020*. Satsingen har som hovedmål å møte kommunenes informasjons- og kunnskapsbehov for å tilrettelegge for bred bruk av velferdsteknologiske løsninger.

Kvinesdal har vært en av utprøvningskommunene i programmet, som er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS og Direktoratet for e-helse. Arbeidet har resultert i to gevinstresultatrapporter som viser at velferdsteknologi gir betydelig gevinst. Nå deltar mer enn 260 kommuner i spredningen av programmet.

Miriam Næset (t.v.), avdelingsleder for hjemmetjenesten, og Torhild Kvinlaug, enhetsleder for åpen omsorg og rehabilitering



Klarer seg selv

Edith Fjellstad er en av Kvinesdals vel 6 000 innbyggere. Hver morgen klokka åtte våkner hun av at medisineringsroboten roper på henne: «Det er på tide å ta medisiner. Vennligst trykk på knappen».

– Den maser helt til jeg står opp, så jeg har ikke noe valg. Jeg må gå inn og trykke på knappen, og ut kommer det en pakke med piller, smiler 87-åringen.

Roboten fortsetter: «Ta ut medisinerne, og ta dem sammen med vann», og Fjellstad adlyder. Hun svelger unna tablettene med et glass vann. Hvis hun ikke gjør som roboten sier, trekker den pilleposen tilbake og sender varsel til hjemmetjenesten om at brukeren ikke har fulgt oppfordringen.

– Jeg har blitt så glad i den, sier Fjellstad og stryker hånda lett over det lysegrå topplokket.

– Det er fint å kunne klare seg selv og slippe å vente på at hjemmetjenesten skal komme. Jeg skal fortelle deg en hemmelighet, sier hun og hvisker: – Noen ganger går jeg inn og legger meg igjen etterpå. Og da kan det hende at jeg sover helt til klokka ni!

Erstatter ikke omsorg

Torhild Kvinlaug er leder for 120 ansatte som til sammen utfører 75 årsverk. Hun er også ansvarlig for velferdsteknologi i kommunen. Kvinesdal foretok nylig en undersøkelse som viste at om kommunen skal ha dagens nivå på helse- og omsorgstjenestene i 2040, vil behovet for tjenester øke med 70 prosent. Antallet yrkesaktive innenfor helsesektoren vil selvsagt ikke stige tilsvarende.

Kvinlaug siterer Kåre Hagen fra Velferdsforskningsinstituttet: «Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag».

– Vi bruker ikke velferdsteknologi primært for å spare penger, men som strategi for å møte framtida. Teknologi erstatter ikke menneskelig

omsorg, men gir brukerne mulighet til å klare seg selv i dagliglivet. De fleste eldre foretrekker teknologi framfor å være avhengig av andre mennesker. Som Edith. Hun slipper å vente på at hjemmetjenesten skal komme. Hun ordner opp selv. Det gir henne mestringsfølelse og frihet til å disponere dagen etter eget ønske. Jeg synes det ville være uetisk å ikke gi våre brukere tilgang til teknologi som kan føre til et selvstendig liv hjemme, sier enhetslederen.

Kvinesdal satser ikke utelukkende på teknologi. Kvinlaug sier at kommunen også er kjent for å gi god palliativ behandling til hjemmeboende. Innføringen av robotstøvsuger førte til reduksjon i antall timer praktisk bistand. Dermed kunne enhetslederen ansette en kreftsykepleier i 50 prosent stilling.

– Velferdsteknologi sørger på denne måten for flere varme hender, og vi bruker dem der de trengs mest, sier Torhild Kvinlaug.

– Vi satser også på hverdagsrehabilitering, og rapporter viser at det har ført til at brukere har utsatt behovet for kommunale tjenester eller vesentlig reduksjon i antall timer.

Andres bruk inspirerer

Gevinstrealiseringsrapportene fra Nasjonalt program for velferdsteknologi gir anbefalinger til teknologiområder kommunene bør prioritere når velferdsteknologi skal integreres i helse- og omsorgstjenesten.

Den første rapporten (2016) anbefalte varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser integrert i tjenestetilbudet. Den andre rapporten (2017) utvidet anbefalingene med digitalt tilsyn, oppgradert sykesignalanlegg/pasientvarslingsystem og logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester.

I tildelingskriteriene for hjemmetjenesten i Kvinesdal heter det at innbyggerne må være villige til å ta i bruk velferdsteknologi. Brukere, pårørende og ansatte inviteres til å bli bedre

«De fleste eldre foretrekker teknologi framfor å være avhengig av andre mennesker.»

kjent med hjelpemidlene i visningsboligen Kvinavita.

– Robotstøvsuger kan i utgangspunktet virke som galskap for ei dame på 80, men om hun får se hvordan en slik støvsuger fungerer, blir den ufarlig. Og du kan være sikker på at når noen har fått et hjelpemiddel som han eller hun er fornøyd med, så går ryktet i bygda. Snart har vi flere på døra som vil ha det samme, smiler enhetslederen.

GPS gir frihet

Kvinlaug kan også vise til gode erfaringer med GPS-klokke. Kommunene ønsker å introdusere hjelpemiddelet ved første tegn på sviktende hukommelse, og før personene mottar tjenester fra hjemmetjenesten, for eksempel i forbindelse med besøket kommunen foretar til alle innbyggere når de runder 75- 80 år.

– Vi hadde et tilfelle hvor en bruker med begynnende demens hadde opplevd å gå seg vill. Det var skremmende både for vedkommende og pårørende. Brukeren ble utrygg og isolerte seg mer og mer hjemme. Vi ga ham en GPS-klokke og nå går han igjen lange turer. Hvis han ikke finner hjem, kan han trykke på en knapp, og om han ikke husker hvordan klokka skal brukes, vil hjemmetjenesten kunne se på kartet hvor han befinner seg, sier Kvinlaug og legger til at brukere har gitt uttrykk for at de foretrekker nattkamera framfor tilsyn fra nattevakter.

– Noen kaller digitalt tilsyn for overvåking. Jeg synes ikke det er mer inngripen i en persons privatliv enn om en nattevakt låser seg inn for å se om vedkommende ligger trygt i senga. Men det er viktig at det alltid er en tydelig visjon for bruk av velferdsteknologi. Vi avslutter tilbudet dersom det ikke fungerer hensiktsmessig.

Risikoanalyser nødvendig

I Kvinesdal valgte de å gå rett i drift, uten å pilotere, med vissheten om at alt ikke ville fungere optimalt. Kvinlaug mener at man av og til bare må prøve, og så øker kunnskapen underveis.

– Men det er selvsagt forskjell på en robotstøvsuger og et nattkamera. Det er ikke krise om det ikke blir støvsugd en dag mens et natt-

kamera krever mer planlegging. Erfaringen tilsier at det oppstår noen barnesykdommer underveis, så det er viktig å ha gode risikoanalyser og en plan b som er tilgjengelig for ansatte og brukeren.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten, Miriam Næset, understreker at om et nattkamera ikke virker, låser nattevaktene seg inn for å se til brukeren som de ville ha gjort tidligere.

– Vi har ikke hatt mange avviksmeldinger, heller ikke innvendinger fra ansatte. Vi opplever at de ansatte betrakter teknologi som gode hjelpere. De ser at brukerne blir mer selvstendige med hjelpemidler. Det er viktig at de ansatte føler seg trygge på bruk av hjelpemidlene. Derfor får alle øve seg til det sitter, sier Næset.

Må forankres i ledelsen

Kvinlaug mener at velferdsteknologi er et ledelsesansvar.

– Som ledere er vi ansvarlige for tjenestene her og nå, men vi skal også utvikle morgendagens tjenester, sier hun.

De ansatte nominerte henne til Årets kvinnelige leder i Agder i 2018. Næset begrunner nominasjonen med at Kvinlaug er en motivator og pådriver i alt hun gjør.

– Torhild har evnen til å se det positive i nye ting og har god evne til å formidle engasjementet videre. Det smitter, sier Næset.

– Men jeg er avhengig av å ha alle med meg, og dere er aldri vanskelige å be, tilføyer Kvinlaug.

– Dette er en gjeng med positive medarbeidere som tar nye utfordringer på strak arm. For en enhetsleder er det inspirerende med et slikt team i ryggen.

Selv om utviklingen av velferdsteknologi har tatt kvantesprang i løpet av få år, er det fortsatt en vei å gå før løsningene er optimaliserte. De ansatte i hjemmetjenesten har i dag med seg nettbrett ut i feltet og kan journalføre og dokumentere umiddelbart, men Kvinlaug savner et felles knutepunkt for å integrere velferdsteknologi med dokumentasjonssystemet.

– Der er det fortsatt mye tid å spare, avslutter hun.



Torhild Kvinlaug viser et utvalg av GPS-klokker i visningsboligen Kvinavita.

FAKTA OM VELFERDSTEKNOLOGI

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU 2011:11. Innvasjon i omsorg).



Svein-Rune Bjørkmo (t.h.) besøker Oddleif Olsen i Welhavens gate. Oppe i høyre hjørne er 3D-sensoren som sørger for digitalt tilsyn.

Charlotte Nagell (tekst/foto)

Våker over beboerne

I bydel St. Hanshaugen i Oslo er en bygård gjort om til leiligheter for personer med demens. Alle har digitalt tilsyn.

Svein-Rune Bjørkmo, fungerende avdelingsdirektør ved søknadskontoret, har vært primus motor for prosjektet i Welhavens gate 5, som sto innflyttingsklart sommeren 2016.

– Vi skal legge til rette for at folk kan bo trygt hjemme så lenge som mulig. Noen ganger byr det på utfordringer, for eksempel i forbindelse med kognitiv svikt, vandringsproblematikk og brannfare. Da er veien ofte kort til en sykehjemsplass. Vi ønsket å lage et alternativt botilbud, som var spesielt tilrettelagt for denne målgruppa. Det har vi fått til ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger, forteller Bjørkmo.

Beboerne betaler leie som for vanlige kommunale boliger i Oslo, og størrelsen på de ti leilighetene varierer fra 18 til 60 kvadratmeter. I første etasje har beboerne fellesrom og kjøkken hvor måltider blir tilberedt og servert. Det er én ansatt på dagtid og én på kveld, men ingen på natt. Hjemmesykepleien kommer inn ved behov.

I huset finnes en rekke forskjellige teknologiske løsninger. Alle beboerne har GPS-klokker, og samtlige leiligheter er utstyrt med digitalt tilsyn, det vil si at de har en eller flere 3D-sensorer (av typen RoomMate) fastmontert øverst på veggen. Systemet er innstilt etter individuelle behov, men sender alarm til vakttelefonen ved fall.

Når de ansatte logger seg inn i programmet, får de opp ikoner som viser hvor mange personer som er til stede i hver leilighet. For å se bilder fra

rommene, må de trykke seg inn, og det blir registrert i loggen. Bildene er anonymisert: De viser kun grovkorna silhuetter i ulike farger.

– Vi bruker ikke digitalt tilsyn for å overvåke, men fordi det er trygghetsskapende for både brukere, pårørende og ansatte, sier Bjørkmo.

– Vi kan stille inn programmet slik at nattevaktene for eksempel blir varslet om at en bruker har vært ute av senga i mer enn 20 minutter, eller er på vei ut i trappeoppgangen. Nattevaktene analyserer varslene og drar innom når det trengs, men slipper å vekke folk som sover.

Hvis dagvakta ser at en beboer har vært mye oppe om natta, kan det være tegn på sykdom, og kanskje må tiltak iverksettes.

– Personalet bygger ny kompetanse ved å lære seg å bruke teknologi, men det er viktig at teknologien er enkel å håndtere, slik at det ikke oppleves som ekstraarbeid. Nattevaktene har gitt uttrykk for at de ønsker at alle brukerne i bydelen hadde digitalt tilsyn. Da slipper de å stresse og være redde for at noen har stått opp. De har hele tiden oversikt på telefonen. Da har vi har lyktes, konkluderer Bjørkmo.

Charlotte Nagell (tekst/foto)

Skien digitaliserer sykehjemmene

Dette skal trygge hverdagen for beboere og ansatte.



Beboer Marit Ødegaard, enhetsleder Åshild Bratli og prosjektleder Rune Solli samarbeider om utprøving av pasientvarslingssystemet ved Gulset sykehjem i Skien.



– Er det her jeg skal trykke? spør beboer Marit Ødegaard og peker på den gule knappen på smykkealarmen hun nettopp har fått rundt venstre håndledd.

– Ja, prøv! oppfordrer Rune Solli, prosjektleder for implementering av velferdsteknologi på Gulset sykehjem og bokollektiv i Skien.

De er inne i den første uka med utprøving av det nye, digitale pasientvarslingssystemet, og avdelingen i første etasje er valgt ut som pilot-avdeling. I løpet av de neste ukene skal resten av huset, med 121 beboere og 300 ansatte, følge etter.

Ødegaard trykker, og det lyser rødt rundt knappen. Solli tar fram en smarttelefon og forklarer hva som skjer:

– Pleierne har hver sin telefon i lomma, og den som har ansvaret for ditt rom, får opp en melding om at du trenger hjelp, sier han og viser fram skjermen. Og ganske riktig: Snart står en sykepleier i døra.

– Tenk å bare kunne trykke på en knapp, og så dukker det opp sånne engler. Vi er heldige som bor i Norge, slår Ødegaard fast.

Kutter snorene

Lyngbakken bo- og behandlingssenter var det første sykehjemmet i Telemark med integrerte velferdsteknologiske løsninger. Nå moderniseres sykesignalanleggene ved resten av sykehjemmene i Skien, og byens første fulldigitaliserte sykehjem, Kverndalen bo- og dagsenter, skal stå ferdig i 2022.

På Gulset går teknikere fortsatt rundt i gangene med PC-er for å fininnstille de trådløse signalene. Oppstarten er resultat av en lang planleggingsfase, med grundig opplæring av alle ansatte og informasjon til beboere og pårørende.

– Vi begynner med utprøving av aktive smykkealarmer, det vil si at beboerne selv utløser alarmen ved behov. Men vi har etter hvert mulighet for å koble til passiv alarm for de som måtte trenge det, forteller Solli.

– Vi har også kjøpt inn sengealarmer og 15 sensorer for digitalt tilsyn, men skrur opp fester og sørger for strømtilkobling på alle rom. Utstyret kan dermed flyttes rundt og brukes der det trengs mest.

Avdelingene har registrert fall før oppstart slik at de kan måle potensiell effekt etter at teknologi er tatt i bruk. De ansatte har også gått med skritteller for å dokumentere eventuelle endringer det nye varslingssystemet får på tilbakelagt strekning i løpet av arbeidsdagen.

Beboerne trenger ikke lenger rekke fram til snora i vegg. Nå har de alltid alarmen på seg, og i løpet av 14 dager blir det definitivt slutt på

all ringing i korridorene. Enhetslederne har nemlig vedtatt å kutte de gamle alarmsnorene, men Solli forsikrer at det trådløse systemet er robust.

– Hvis mobiltelefonen ikke virker, nettverket går ned eller serveren stopper opp, er det en alarmtavle på vaktrommet. Så det er alltid en back-up, smiler han.

Stilte behovskrav

Gulset sykehjem bygger ut i etapper og kan til late seg å prøve og feile. Den luksusen hadde de ikke ved Lyngbakken bo- og behandlingssenter. Da bygget sto ferdig våren 2014 flytta alle beboerne fra Skien sykehjem rett inn.

– Det var mildt sagt en avansert øvelse, sier May Omland, fagsjef koordinerende hjemmetjenester og programleder for velferdsteknologi-arbeidet i Skien kommune.

Hun tilføyer at Lyngbakken var et av de første sykehjemmene i landet som i kravspesifikasjonene til leverandørene hadde hovedtyngde på hvilke behov ansatte og beboere ønsket at teknologien skulle oppfylle. Fagsykepleier Cathrine Rossvang har ansvaret for velferdsteknologi ved sykehjemmet, og Omland mener hennes kompetanse som sykepleier har vært avgjørende for å lykkes.

– Teknologien må stå i en faglig sammenheng og tilpasses individuelt. Cathrine har med seg hele brukerdimensjonen inn i arbeidet med teknologien. IT-folk hadde ikke fått til et like godt resultat aleine, sier Omland.

Ikke raske nok

Lyngbakken har 64 beboere, fordelt på åtte enheter, med to ansatte ved hver avdeling. Selv om sykehjemmet er ansett som et fyrtårn for velferdsteknologi, er det lite som minner om et teknologisk laboratorium innenfor dørene. Tvert i mot. Store vindusflater slipper naturen inn fra alle kanter, men Rossvang avslører at noen små, hvite bokser på veggene er sensorer som kan registrere beboernes forflytning.

– Vi lagde en demo-leilighet før vi flytta hit, og syntes vi hadde gjennomført en god og grundig opplæring, men oppdaga at det var stor forskjell på testing og full drift. Vi satte derfor i gang en ny opplæringsrunde etter innflytting. Da fikk vi rydda opp i feil hos både leverandører og ansatte, forteller Rossvang.

Avdelingene loggfører eventuelle mangler på et skjema, slik at fagsykepleieren fortløpende kan rapportere feilene videre til leverandørene. Rossvang forteller at det har tatt tid å få sistnevnte til å forstå at det sitter personer i andre enden.



Prosjektleder Rune Solli (t.v.) og sykepleier Anette tester ut det nye digitale varslingsystemet.



Fagsykepleier Cathrine Rossvang (t.v.) og beboer Elsa Bergljot Øya.

– Når jeg rapporterte inn feil i starten, var svaret ofte: Vi ordner det i løpet av et par dager. Det er ikke fort nok for oss. Det kan gå ut over pasientsikkerheten, og det har det vært viktig å få dem til å forstå.

Krever grundig vurdering

Elsa Bergljot Øya har bodd på Lyngbakken i et par år. 95-åringen var vant til trygghetsalarm hjemmefra. Dermed var det enkelt å forstå varslingsystemet på sykehjemmet. Nå synes hun det er noe som mangler hvis ikke smykkealarmen sitter rundt håndledet.

– Den gir meg trygghet. Når jeg trykker, vet jeg at noen kommer og hjelper meg. Men den virker vel ikke hvis jeg går utendørs? spør hun Rossvang.

– Nei, men for andre som bor her, som er mer urolige enn deg, kan vi stille inn alarmen sånn at vi blir varslet hvis han eller hun går ut. For eksempel hvis de har lett for å glemme å ta på seg jakka, og det er kaldt ute. Da er det fint at vi får en varsling, forklarer fagsykepleieren.

Rossvang understreker at det er viktig å gjøre en grundig vurdering før man tar i bruk passiv lokaliseringsteknologi.

– Hvis pasienten har samtykkekompetanse må vi sørge for å informere om tiltaket på en slik måte at vedkommende forstår hensikten og hvordan det virker. For eksempel at en bevegelsesdetektor på rommet kan bidra til å forebygge fall. Hvis pasientene ikke har samtykkekompetanse, trenger vi et varslings- og lokaliseringsvedtak. Da er det avgjørende at vi snakker med pårørende for å finne ut hva pasi-

enten hadde ønsket seg om hun eller han var frisk, og ha respekt for valget.

Ansatte opplevde mindre uro blant pasientene, og de mener flere våkna til liv etter at de flytta til Lyngbakken. Rossvang tilskriver årsaken arkitektur i samspill med teknologi: Større arealer og åpne løsninger med enkel adgang til utearealer, gir beboerne bevegelsesfrihet og stimulerer til fysisk aktivitet. Personalet vet at de blir varslet om beboere går utenfor sikre soner og slipper å være på vakt ved utferds-trang.

– Noen hadde vansker med å stole på teknologien i begynnelsen, men nå er det blitt en naturlig del av hverdagen, og ansatte etterspør utvikling. Vi har ikke fått mindre å gjøre, men kan bruke tida vår på en bedre måte. Teknologien bidrar derfor til økt kvalitet på tjenestene, sier Rossvang.

Planlegger for framtida

For å anskaffe det nyeste nye, satt Lyngbakken på gjerdet og venta i det lengste, før de valgte teknologiske løsninger. Ulf Kristian Rønneberg, prosjektleder for Kverndalen bo- og dagsenter, følger samme strategi.

– Å være fulldigitalisert betyr ikke at alt skal være digitalisert, men at vi skal ta i bruk teknologien som er klar når vi kommer til 2022. Utfordringen er å planlegge en infrastruktur som tar høyde for den teknologiske revolusjonen som vil ha skjedd innen den tid.

Målet er å tilrettelegge for digitale arbeidsprosesser i så stor utstrekning som mulig, det være seg dokumentasjon, arbeidsledelse, trygg-

« ... det er noe som mangler hvis ikke smykkealarmen sitter rundt håndledet.»



Prosjektleder Ulf Kristian Rønneberg (t.v.) og fagsjef Monica Hammari med tegninger av det nye sykehjemmet.

FAKTA OM PASIENT- VARSLINGSSYSTEMENE

Skien er med sine 54 674 innbyggere (SSB tredje kvartal 2018) Telemarks mest folkerike kommune. Lyngbakken bo- og behandlingssenter var i 2014 det første sykehjemmet i fylket som integrerte velferdsteknologiske løsninger. Nå moderniseres pasientvarslingssystemene ved alle sykehjem i kommunen, og i 2022 skal et full-digitalisert sykehjem, Kverndalen bo og dagsenter, stå ferdig midt i byen.

hetstiltak, medikamenthåndtering, renhold eller sosiale aktiviteter og trening.

– Vi må jakte på verktøy som frigjør hender, slik at de kan brukes der man trenger dem mest. De som flytter inn på sykehjemmet vil på sikt være vant til å bruke digitale løsninger. Det må vi ta høyde for. Vi ser for eksempel for oss skjermer på rommene, som både kan brukes til informasjon fra sykehjemmet og kommunikasjon med pårørende.

Kverndalen får 128 værelser, hvorav åtte blir dobbeltrom for par. Mens Lyngbakken og Gulset sykehjem ligger landlig til, skal det nye sykehjemmet trone midt i byen. Det har skapt debatt. Fylkeslegen har uttrykt bekymring, blant annet i forhold til trafikkstøy, forurensing og mangel på sollys. Rønneberg sier de tar med

seg innspillene i prosjektarbeidet og har besøkt sentrumsnære sykehjem i Oslo for å hente inn råd.

Monica Hammari, fagsjef heldøgns tjenester, forteller at kommunen også har arrangert behovsseminar, for å kartlegge hva som er viktigst i utformingen av det nye sykehjemmet. Svaret, fra både helsefagarbeidere på 20 og brukere på 90, var unisont: Trygghet.

– Det handler om å bli sett og få hjelp når man trenger det. Vi ser at velferdsteknologi ikke bare gir trygghet, men også kan føre til mindre inngripen i den enkeltes liv og bygge opp under mestring. Teknologien kan dermed bidra til å opprettholde livskvalitet hos brukerne, sier Hammari.

«Svaret, fra både helsefagarbeidere på 20 og brukere på 90, var unisont: Trygghet.»

Modell for implementering av velferdsteknologi i et MTO-perspektiv:

MENNESKE	TEKNOLOGI	ORGANISASJON
Informasjon til alle involverte Risikovurdering Etiske og faglige vurderinger Samtykkevurderinger Brukerbehov Gevinstanalyse for alle involverte Kartlegging og individuell tilpasning Aktører, roller og ansvar Holdninger og motivasjon Opplæring av alle involverte Endringsledelse og oppfølging	Logistikk Test og evaluering Installasjon og konfigurering Dekning, nett, strøm IKT infrastruktur Integrasjon med andre systemer Risiko og sårbarhetsanalyse Informasjonssikkerhet Responssenter og varslingskjede	Samarbeid med tjenestemottaker Tjenesteforløp og ansvarsfordeling Gevinstoppfølgning Opplæringsstrategi Informasjonsstrategi Statistikk og rapportering Gevinstoppfølgning Egenbetaling Juss og lovverk Tildelingskriterier og vedtak Dokumentasjon Rutiner Avviksoppfølging Prosedyrer

Kilde: SINTEF og Velferdsteknologiprojektet i Vestfold og Telemark.

Bente Wallander (tekst/foto)

Fristet av frihetsteknologi

Eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen lot seg nylig begeistre av teknologiske nyvinninger i Århus.

10 000 personer besøker hvert år DokkX Centrum for velfærds- og frihetsteknologi i Århus; et utstillingsvindu for velferdsteknologiske løsninger. Den norske eldre- og folkehelseministeren Åse Michaelsen var i januar en av dem. Begeistret fulgte hun omvisningen i det særpregede bygget.

– Det skjer mye bra på dette området hjemme i Norge, men det er også viktig å hente inspirasjon hos andre. Danskene har kommet veldig langt på noen områder, det kan vi lære av. Vi trenger ikke å finne opp hjulet på nytt, sa hun.

Fremmer nysgjerrighet og kunnskap

Århus kommune har en visjon om å være førende innen bruk av velferdsteknologi. For å oppfylle visjonen har man blant annet etablert den tverretatlige satsningen DokkX, der man presenterer og demonstrerer ulike teknologiske redskaper og hjelpemidler. Slik fremmes folks nysgjerrighet og kjennskap til ny teknologi.

– Inklusjon er tanken bak vårt opplegg. Ved å føle, røre og leke med teknologien skal innbyggere i alle aldre få bedre kompetanse til å bruke frihetsteknologi i hverdagen. Løsningene som presenteres skal være moderne, og ikke stigmatiserende, forklarte forvaltningssjef i Århus kommune, Thune Korsager.

– DokkX vil avmystifisere teknologien og belyse hvordan teknologiske hjelpemidler kan være en del av mange menneskers hverdag. Gjennom det innovative miljøet styrker man mulighetene for samarbeid mellom næringsliv, utdannelse og forskningsinstitusjoner, Århus kommune og innbyggerne, utdypet han.

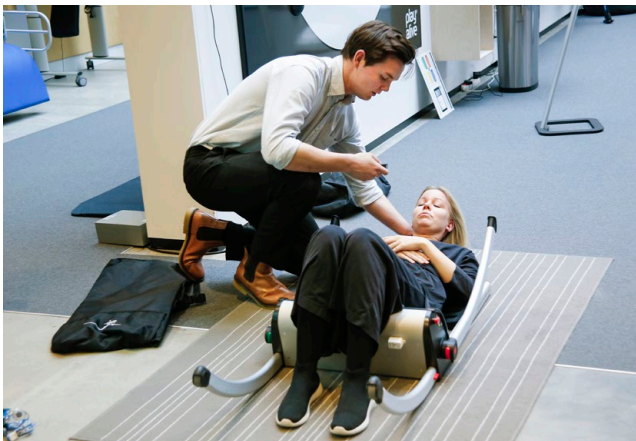
Teknologi til nytte og trygghet

Velferdsteknologi kan være til gagn både for innbyggerne, medarbeiderne og kommunen selv, mener man i Århus. Et uttalt hovedmål er å forebygge økte omsorgsbehov. Man ønsker å nå flest mulig ved hjelp av de for den enkelte minst inngripende tiltak. Hjelpemidler og velferdsteknologi kan bidra til å styrke innbyggernes selvstendighet, selvhjelpenhet og trygghet.

– At medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene samtidig kan få en smartere arbeidsgang og et bedre arbeidsmiljø, styrker kommunens muligheter til å imøtekomme rekrutteringsutfordringer, og utnytte økonomiske midler mest mulig effektivt, sa kommunens direktør for avdeling Sundhed og Omsorg, Hosea Dutschke.

Les mer på www.dokkX.dk

«Ved å føle, røre og leke med teknologien skal innbyggere i alle aldre få bedre kompetanse til å bruke frihetsteknologi i hverdagen.»



▲ Århus kommune har flere hjelpemiddelprosjekter. Her følger eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen (t.v.) spent med når forvaltningssjef i Århus kommune, Thune Korsager, tester en hygiene- og badestol.

◀ Mikkel Svindt Gammelgaard ved DokkX viser hvordan én ansatt blir i stand til å løfte en person som har falt til oppreist stilling på en verdig måte.



Åse Michaelsen tester en sammenleggbær el-rullestol for reiser. ▶

◀ Fra v.: Åse Michaelsen, dansk eldreminister Thyra Frank, rådmann i Århus Jette Skive og statssekretær Anne Bramo fulgte spent med på forvaltningssjef i Århus kommune, Thune Korsagers, presentasjon.



Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Din helse – vår hjertesak!

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Det gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er også en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Ingen skal måtte møte demens alene

Hun var ganske oppgitt, datteren som ringte Demenslinjen i februar. Hun ba om råd etter et møte med helsevesenet. «Skal vi som familie informere mamma om at hun har fått en alzheimerdiagnose?» Moren hadde vært på et sykehus for utredning av demens, og konklusjonen var tydelig, hun hadde Alzheimer. En trist beskjed, men ikke uventet for datteren. Det som var mer overraskende, var at sykepleieren på spesialenheten der moren ble utredet, hadde rådet familien til å ikke snakke om diagnosen, og diagnosen ble heller ikke fortalt til moren på sykehuset. Det ville bare gjøre situasjonen vanskeligere for henne, var argumentet fra sykepleieren.

Mange vil synes det er en ganske sjokkerende anbefaling å få fra en sykepleier, men for oss som jobber på Demenslinjen er det ikke så overraskende. Vi mottar nesten daglig henvendelser fra folk som ber om hjelp fordi de opplever å ikke bli tatt på alvor av fagfolk i helse-tjenesten. Fastleger som ikke ser behovet for å stille demensdiagnose eller utrede en pasient for demens, er noe vi snakker med mange pårørende om.

Beskrivelsene deres av fastlegenes argumenter er ofte ganske like: Det finnes ingen effektiv behandling av demenssykdom, så da er det ikke nødvendig å finne ut av det heller, eller «alle glemmer mer når de blir gamle, det er en del av normal aldring».

Når fastlegene opptre slik, blir folk usikre. Mange opplever nok at de må slå seg til ro med å ikke vite, og at det ikke er mer de kan gjøre. Vi lurte ofte på hvor mange dette gjelder, og hva konsekvensene blir, både for syke og pårørende. De får ikke den hjelpen og støtten de trenger, og drøyer lenge med å søke om hjelp. De som kontakter oss får råd. Det vi ofte anbefaler, er å ta kontakt med fastlegen igjen, med en bekymringsmelding, gjerne skriftlig. Vi ber dem også undersøke om kommunen har demens- eller hukommelsesteam, og hvis ja, ta kontakt.

En annen situasjon som vi ofte hører om, er der diagnosen er stilt, men så skjer det ingen ting etterpå. Både pårørende og den som er syk sier at de opplever det som en avklaring å få en diagnose. Det gir en ro å vite hva som er årsaken til det de opplever, at det skyldes sykdom. Det blir lettere å forholde seg til endringene hos en person når man vet at det er sykdom. Men samtidig sitter mange igjen med uavklarte spørsmål. Noen sier det er som å falle ned i et sort hull, og de trenger hjelp til å finne veien videre.

Ofte er folk veldig usikre på hva de kan gjøre. De har liten eller ingen erfaring med demens fra før, og spør: Hvordan skal vi gå fram? Hvor kan vi få hjelp?

Når det gjelder demenssykdommer, er det dessverre ikke alle som får den informasjonen de trenger. Mange pårørende opplever at de må stå på selv og finne fram til rette instanser. For å klare det trengs det både kunnskap og energi.

Vår rolle som veileder på Demenslinjen er å trøste, lytte og gi råd. Det vi kan hjelpe til med, er å sortere tankene – og kanskje akseptere situasjonen slik den er blitt. Vi kan være med og peke på muligheter og på hvem som kan kontaktes. Vi snakker også om at det er mye man kan gjøre for at livet med demens skal bli best mulig, og at det er hjelp å få. Det er viktig å snakke med pårørende og oppfordre dem til å etterspørre tilbud og hjelp.

Demenslinjen får over 3 000 henvendelser årlig. I veldig mange tilfeller er det konkrete vi gjør å hjelpe innringerne videre i den kommunale helse- og omsorgsjungelen. I mange tilfeller vet vi at de da blir fulgt godt opp lokalt av kompetent helsepersonell. Andre ganger er vi mer usikre. Det bekymrer oss at vi så ofte får henvendelser som tyder på at det fremdeles er helsepersonell som ikke forstår. Alle som er berørt av demens har krav på å bli tatt på alvor.



SKREVET AV

Liv Anita Brekke,
veileder Demenslinjen

Har norsk alderspsykiatri funnet sin plass?

Et historisk tilbakeblikk

Alderspsykiatri har eksistert som et spesialisert område innen psykiatri i om lag 60 år. Det startet i Storbritannia sent på 1950-tallet og den første avdelingen i Norge ble etablert på Vardåsen, Dikemark sykehus i 1970. Den gang het det gerontopsykiatri. De fleste pasientene som ble innlagt hadde demens, depresjon eller psykose med samtidige somatiske sykdommer, og hadde lang liggetid, det vil si inntil død. Etter hvert kom det til flere alderspsykiatriske enheter med betegnelser som avdeling, seksjon eller sengepost. Helt fram til midten på 1980-tallet var omsorg den viktigste oppgaven i de alderspsykiatriske enhetene.

Noe skjedde på 1990-tallet

I 1990 var det 20 alderspsykiatriske enheter i Norge, og 17 av dem deltok i en spørreundersøkelse. Ved denne undersøkelsen fant en at 400 senger var øremerket eldre pasienter. Dette utgjorde den gang 20 prosent av alle senger i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Omtrent en tredel av pasientene hadde demens og en tredel hadde depresjon, og på dette tidspunktet hadde 80 prosent av pasientene en liggetid på under tre måneder. I alt 40 legeårsværk og 20 psykologårsværk var knyttet til de 400 alderspsykiatriske sengene (1). En ny spørreundersøkelse ble foretatt i 1996, hvor 16 enheter deltok. Ifølge denne undersøkelsen fantes det fortsatt sykehus som bare tok imot pasienter til langtidsbehandling, men mange enheter hadde dreid virksomheten over til utrednings- og behandlingsoppgaver med større poliklinisk aktivitet (2-4). Som i 1990 hadde de fleste inneliggende pasientene enten demens eller en depresjonsdiagnose. Blant de polikliniske pasientene var depresjon den aller hyppigste diagnosen (mer enn halvparten). Nye spørreundersøkelser ble foretatt i 2001 og 2005. Den største endringen fra 1990 til 2005 var at sengetallet i de alderspsykiatriske enhetene sank. Flere pasienter ble innlagt, noe som klart tyder på mer aktiv utredning og behandling med kortere liggetid (5). Samtidig kunne en registrere mer poliklinisk og ambulant virksomhet.

Plandokument for norsk alderspsykiatri

I Norge var det i 1999 ingen absolutt enighet om hvordan alderspsykiatri skulle defineres. En dansk alderspsykiater mente at alderspsykiatri er kjennetegnet ved at det fins en sammenheng mellom psykiatrisk og somatisk sykdom eller mellom psykiatrisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener (5). Han mente at de fleste pasientene som alderspsykiatrien skulle ta seg av var eldre personer med depresjon og demens. Psykoser, angst og tvangslidelser var ansett som mindre hyppig forekommende, men likevel viktige sykdomstilstander i det alderspsykiatriske fagfeltet.

Arbeidsutvalget for alderspsykiatri i Norsk psykiatrisk forening utarbeidet i 2001 et plandokument; Norsk alderspsykiatri 2001–2010, som beskrev hva alderspsykiatri er, hvilke oppgaver fagfeltet burde ha og hvordan fagfeltet burde organiseres (6). Dokumentet ble fulgt opp med et nytt plandokument for tidsperioden 2010–2020. Ifølge disse to dokumentene anbefalte en at norsk alderspsykiatri skulle ta imot og behandle 1) pasienter med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelig psykiatrisk symptomatologi, 2) pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse med debut etter 65 år, 3) pasienter over 65 år med en alvorlig psykiatrisk lidelse, tidligere syk, men ingen fast behandlingskontakt i voksenpsykiatrien, eller når samtidige sykdommer og/eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig og 4) pasienter med en uavklart demensdiagnose, hvor alderspsykiatrien rår over ressurser til å utrede disse. I tillegg sa dokumentene at helt spesielle pasienter kunne få langtidsopphold i en alderspsykiatrisk enhet. Et nytt plandokument som skal gjelde fra 2020 er under utarbeidelse.

Ny spørreundersøkelse

Ettersom den siste spørreundersøkelsen om norsk alderspsykiatri ble foretatt for 15 år siden, og fordi det utarbeides et nytt plandokument nå, mente Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse at det var på sin plass å foreta en ny spørreundersøkelse blant landets alders-

SKREVET AV

Birger Lillesveen,
daglig leder Forsknings-
senter for aldersrelatert
funksjonssvikt og
sykdom, Sykehuset
Innlandet. Spesialrådgiver
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring
og helse, Sykehuset i
Vestfold.

Knut Engedal,
professor emeritus,
seniorforsker, Nasjonal
kompetansetjeneste for
aldring og helse.
Sykehuset i Vestfold

psykiatriske enheter. Formålet med denne undersøkelsen var først og fremst å «ta pulsen» på norsk alderspsykiatri anno 2018. En forespørsel ble sendt til 17 alderspsykiatriske enheter, og 14 svarte at de til sammen disponerte 185 senger, det vil si mindre enn halvparten av det fagfeltet hadde i 1990, se figur 1 (1).

Fordelingen av senger i forhold til diagnose-spesifikke sengeposter viser at de alderspsykiatriske avdelingene i 2017 mottok flest pasienter i enheter som mottar alle typer pasienter, uavhengig av diagnose, se figur 1. Med bakgrunn i den debatten som ble ført på begynnelsen av 90-tallet, om definisjonen på alderspsykiatrien i Norge, er det litt overraskende at det i 2018 fortsatt er forholdsvis lite differensiering av tilbudet i sengepost. Dette kan muligens skyldes at med stadige nedskjæringer i antall sengeplasser er det vanskeligere å ha fokus på å differensiere sengeplasser i henhold til spesifikke diagnoser.

Vi spurte også om hvordan de alderspsykiatriske enhetene var organisert, se figur 2. Av de 14 enhetene svarte 13 at de hadde sengeplasser og 11 at de hadde en poliklinikk, mens ambulant tjeneste og hukommelsesklinikk var mer sjeldent. Poliklinisk virksomhet har vært en viktig del av norsk alderspsykiatri. I 1990 hadde 15 avdelinger poliklinisk virksomhet, hvorav sju av poliklinikkene var offentlig godkjente, mot 13 i dag (1). Til sammenlikning var 4 469 pasienter henvist til poliklinisk utredning og behandling i 1990 mot 29 621 pasienter i 2017, se tabell 1 (1). Dette er en sjudobling.

Tabell 1 viser også hvor mange som var innlagt i de 14 enhetene i 2017. I 1990 var dette tallet 1 636 mot 3 104 i 2017, altså dobbelt så mange i 2017 med halvparten så mange senger. Dette kan tyde på at liggetiden har falt drastisk (1). Den store forskjellen i behandlingstilbudet fra 1990 fram til i dag er likevel først og fremst en dreining av virksomheten mot mer poliklinisk behandling. Dette er i tråd med nasjonale anbefalinger.

Kan vi stole på spørreundersøkelsen?

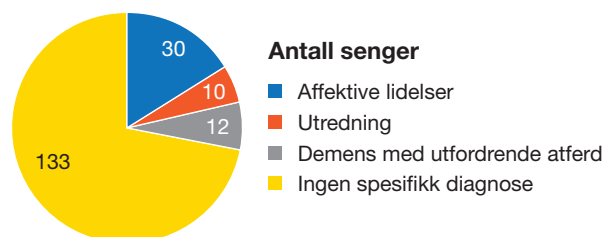
En klar svakhet med spørreundersøkelsen som ble utført i 2018 er at kun 14 avdelinger svarte, og at vi ikke med sikkerhet vet hvor mange alderspsykiatriske enheter som fins grunnet ulik organisering av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i de ulike helseforetak. Noen kaller tilbudet til eldre pasienter seksjon, andre har en egen post ved for eksempel en akuttavdeling, atter andre har egne alderspsykiatriske avdelinger. Vi sendte spørreskjema til 17 alderspsykiatriske avdelinger og fikk svar fra de største enhetene, så av den grunn tror vi at

våre tall er ganske troverdige. Men for å være helt sikker vil en ny spørreundersøkelse utføres i 2019.

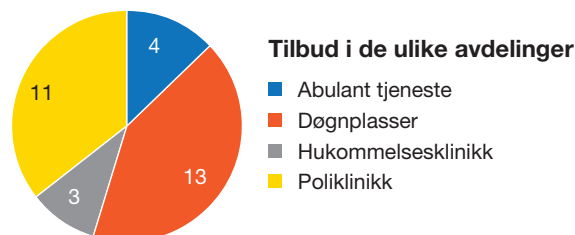
Konklusjon

Sammenliknet med situasjonen i 1990 behandles det i dag dobbelt så mange pasienter ved innleggelse i en alderspsykiatrisk enhet, samtidig som sengetallet er halvert. Dette tyder på at liggetiden har falt drastisk. I dag utredes og behandles det sju ganger så mange pasienter i poliklinikk sammenliknet med i 1990. Som for snart 30 år siden er det pasienter med affektive lidelser og demens som utgjør de to største diagnosegruppene som utredes og behandles både i sengeplass og poliklinisk.

birger.lillesveen@aldringoghelse.no



Figur 1. Antall sengeplasser i norsk alderspsykiatri. Figuren viser hvor mange sengeplasser som var øremerket for spesifikke diagnoser, n=14 enheter.



Figur 2. Tilbud i de ulike avdelingene

Tabell 1: Antall behandlede pasienter i 2017

	Innlagte pas	Poli-klinikk	Ambulant
FO = Demens / delirium	553	3 673	1 128
F1 = Rus	56	552	81
F2 = Psykose og schizofreni	185	4 046	542
F3 = Depresjon / angst / affektive	1 157	9 638	693
F4 = Nevrotiske / traume	122	4 800	291
G3 = Alzheimers sykdom / andre degenerative sykdommer i hjernen	215	3 167	656
Annen diagnose	816	3 745	1 261
Totalt	3 104	29 621	4 652

REFERANSER:

- Engedal K, Moksnes KM, Hirsch J, Nordberg E. Psykiatri for eldre – et fagfelt i utvikling. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2258-60.
- Engedal K, Nordberg E, Moksnes KM, Henriksen HK, Bergem ALM. Alderspsykiatri – et fagfelt som finner sin plass. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3681-3.
- Engedal K, Bergem ALM, Holm M, Bragason A, Moksnes KM. Alderspsykiatri – en spesialisert form for psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3684-7.
- Moksnes KM. Alderspsykiatri – et fag i utvikling. I (Krüger RME, red) Evige utfordringer. Forlaget aldring og helse 2006: 159-178. Tønsberg.
- Gulmann NC. Praktisk gerontopsykiatri. Hans Reitzels forlag 2001: København.
- Norsk alderspsykiatri 2001-2010. Norsk psykiatrisk forening 2001: Oslo.

ABC-opplæringen som redskap for inkludering av minoritetsspråklige helsefagarbeidere

Innledning

Norge står, som mange andre vestlige samfunn, overfor to store utfordringer; aldring av befolkningen og økt immigrasjon (1-4). Statistisk Sentralbyrå anslår at i 2040 vil det være dobbelt så mange 80-åringer som i dag, altså en økning fra 220 000 til 440 000 (5). Norge mangler i dag nok helsepersonell til å møte utfordringene ved det økende antall eldre (1, 4), og rekruttering og utdanning av kompetente helsefagarbeidere er blitt en presserende oppgave (1, 2, 4).

Norge har over relativt kort tid tatt imot en stor migrantbefolkning fra i alt 220 land (6). Migrantene har i all hovedsak vært yngre mennesker, men nå begynner de første immigrantgruppene å bli eldre og trenge tilrettelagte helse- og omsorgstjenester (4, 7, 8). Samtidig har offentlige helse- og omsorgstjenester i økende grad blitt bemannet («bekvinnet») med personer med innvandrerbakgrunn. I 2017 sto innvandrere for ett av seks årsverk i de kommunale omsorgstjenestene (9). Helse- og omsorgspersonell med minoritetsbakgrunn er således en stor ressurs. I Kompetanseløft 2010 presiseres ønsket om å rekruttere flere personer med innvandrerbakgrunn til helsesektoren (10), og i tråd med dette gis det nå fylkeskommunale tilskudd til tiltak som kan bidra til at flere fremmedspråklige kvalifiserer seg som helsefagarbeidere. Men det viser seg at innvandrerbefolkningen ofte møter hindringer ved inngangen til arbeidslivet og i arbeidsmiljøet (11). De kan mangle tilstrekkelige norskkunnskaper og de kan ha mindre kjennskap til arbeidsliv og eldreomsorg. Dette kan skape utfordringer.

I 2009 fikk en midt-norsk kommune støtte til å starte en treårig helsefagarbeiderutdanning tilrettelagt for minoritetsspråklige. Samtlige som fullførte utdanningen ble engasjert i kommunale stillinger, primært i eldreomsorgen. Etter en stund ble det rapportert om utfordringer på arbeidsplassene. Disse var særlig knyttet til språk, begrepsforståelse og kommunikasjon, men også til deltakelse i samspill med kolleger, pasienter og brukere. Ressurssenteret ved skolen og fagledelsen i kommunen ønsket tiltak som kunne bedre inkluderingen av helsefagarbeiderne, og som samtidig var kompetansehevende. Denne artikkelen bygger på en studie om deltakernes erfaringer med kommunens tiltak, kalt Minoritets ABC (Min. ABC).¹

ABC-opplæringen og Min. ABC

Den aktuelle kommunen hadde tidligere gjennomført ABC-opplæring, en virksomhetsintern opplæring i eldreomsorg for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester (12, 13). Denne opplæringen finansieres av Helsedirektoratet og driftes av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. I ABC-opplæringen organiseres helse- og omsorgspersonell i grupper på seks til åtte stykker på tvers av fagbakgrunn, stilling og tilsettingsforhold. Hver gruppe har en gruppeleder. De møtes månedlig over en periode på ett år. Før hvert gruppemøte leser de et faghefte, og i møtet prioriteres refleksjon og diskusjon omkring temaet, eksemplene og oppgavene i heftet. Hvert halvår samles alle til fagseminar. Et ABC-bevis utstedes når opplæringen er gjennomført. Å ha gjennomgått et ABC-opplegg viser seg å resultere i økt jobbtillfredshet (14).

SKREVET AV

Kariann Krohne
ph.d., forsker^a

Betty S. Døble
prosjektkoordinator^a

Aud Johannessen
dr.ph professor^{a,b}

Kirsten Thorsen
dr.philos, seniorforsker^{a,c}

- a. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
- b. Universitetet i Sørøst-Norge
- c. OsloMet – Storbyuniversitetet

1. Studien er også publisert som forskningsartikkel: Krohne K, Døble B, Johannessen A, Thorsen K. "We feel included": education and inclusion of health care staff with minority language in elder care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2018;1:1-11.

I 2015 søkte den midtnorske kommunen om fylkeskommunalt tilskudd til å gjennomføre et pilotprosjekt kalt Min. ABC. I prosjektet skulle de minoritetsspråklige og nyutdannede helsefagarbeiderne systematisk inkluderes i ABC-opplæringen. Målet var tredelt: å bedre språkforståelse, styrke sosiale og faglige nettverk og heve kompetanse. To minoritetsspråklige personer ble inkludert i hver ABC-gruppe. Disse fikk utdelt en lommeordbok med ord og uttrykk fra helse- og omsorgstjenestene (15), samt tilbud om lesestøtte fra skolen. Videre ble ABC-gruppeledere med bachelorutdanning valgt ut på forhånd, og disse deltok på fire samlinger om gruppeprosesser og fagteorien i Eldreomsorgens ABC *Aldring og omsorg*. ABC-gruppelederne deltok også på et to-timers undervisningsopplegg om språk- og kulturkunnskap. ABC-gruppene ble deretter gjennomført som vanlig.

Om studien og metoden

Av i alt 34 deltakere i Min. ABC deltok 23 i et kvalitativt prosjekt i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Prosjektet skulle belyse deltakernes erfaringer med Min. ABC. Det ble foretatt intervjuer i fire fokusgrupper (med seks, fem, tre og tre deltakere), ett gruppeintervju (med to deltakere) og fire individuelle intervjuer. Seks deltakere var minoritetsspråklige og var samlet i en egen fokusgruppe for å kunne snakke åpent om sine erfaringer. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, skrevet ut ordrett, og analysert i henhold til Corbin og Strauss' metode (16).

ABC-deltakernes erfaringer

Deltakerne var unisont positive til Min. ABC, og de fleste uttalelsene var svært positive. De uttaler at «ABC'en er suveren!», det var «veldig interessant», «fungerte veldig bra» og var «kjemp fint for arbeidsmiljøet.» En formulerte seg slik: «Vi har fått vitamin for faget vårt!» En deltaker med minoritetsbakgrunn påpekte at Min. ABC hadde hatt spesiell betydning for dem. Noen fortalte om hvordan de hadde gruet seg på forhånd.

Hva er så årsakene til at deltakerne er så samstemmige i sin positive vurdering? Vår analyse brakte fram fire hovedtemaer: *Å strebe mot likhet, Å dele erfaringer, Språk og kommunikasjon og Inkludering.*

Å strebe mot likhet

Informantene verdsatte idealet om at alle deltakerne skulle være likeverdige, alle skulle trekkes inn i diskusjonene, alle hadde noe å

bidra med. Å nå større likhet i deltakelse var en utvikling som tok tid. En med majoritetsbakgrunn forteller om hvordan det ble etter hvert: «Alle deltar mer og er så mye tryggere på hverandre. Og det at det ikke er noen som har problemer med å snakke. Alle var like engasjerte også, ja.»

Men slik har det ikke vært hele tiden. Noen, særlig blant deltakerne med minoritetsbakgrunn, trengte en «dytt» for å våge å ta ordet og si sin mening. En forteller: «Hun sykepleieren hun sa: «Bare si din mening!» Men det handler om kulturen, for vi sier ikke så mye, det innrømmer jeg. Det er kultur, ja. Men de norske, de er flinke og bare sier hva de mener, gir sin mening om sånn og sånn. Vi sier så lite, det gjør vi. Vi er flinke til å høre etter!» En annen fortsetter: «Vi sitter stille, og de spør: «Hva gjør du i *ditt* land? Hva mener *du*?», sier de og stirrer. Å ja, da *må* vi svare.» (Latter). En tredje legger til: «De stiller spørsmål om hvordan det er i vårt land. Så ble vi litt sånn: Oi!» Så kom vi inn mer og mer. Og de var interessert i hva vi tenker. Så det var veldig bra! Vi var ikke redde for å si noe.»

Denne replikkvekslingen belyser inngående viktige trekk ved utviklingen mot større likhet i deltakelse i gruppen: Fra dominans fra deltakerne med norsk bakgrunn og taushet fra minoritetsdeltakerne, via «dytting» ved å stille direkte spørsmål, og «stirre» og vente. «Da *må* vi svare.»

Lederen har en avgjørende rolle for å skape en slik aksepterende, trygg atmosfære som inviterer til deltakelse. Det faller mange rosende ord om «den gode leder». En med minoritetsbakgrunn forteller om en usikker start: «Men hun lederen, sykepleieren, hun var veldig tydelig: «Ikke vær redd for å si fra om meningen din, for her er det åpent for å diskutere!» Så vi fikk jo bekreftelse hver gang; Ja, vi må diskutere og reflektere litt. Så jeg føler at vi var veldig heldige med sykepleieren, for hun var kjempegrei!»

Informantene så lederen som helt nødvendig for å balansere deltakelsen i gruppen. Lederne måtte holde tilbake noen av de ivrigste, og trekke de tause inn i diskusjonen. Å oppnå likeverdighet i gruppen, når utgangspunktet nettopp er former for ulikhet (majoritets- og minoritetsdeltakere), er en krevende prosess som forutsetter gjennomtenkt styring for å skape en trygg atmosfære. Den skal gi deltakerne muligheter for å komme fram også med svakheter, usikkerhet og spørsmål om det en ikke kan eller ikke har forstått.

Å dele erfaringer

En hovedgrunn til den dominerende opplevelse av tilfredshet med kurset, er hvordan deltakerne har delt erfaringer. De understreket at forskjeller i bakgrunn, utdanning, roller, posisjoner, ansettelseslengde og arbeidssted – om de er nykommere eller veteraner – har beriket gruppediskusjonene. Perspektivet blir utvidet, deltakerne lærer om andre måter å takle situasjoner på.

En deltaker sier: «Det var fint at vi representerte forskjellige tjenester, sektorer og arbeidsteder. Så fikk vi mer erfaringer, og vi lærte mer. Vi delte erfaringer, både positive og negative. Og vi har diskutert og reflektert over mange forskjellige temaer. Det er min første tanke.» Erfaringsbasert kunnskap forteller at konteksten for handlinger betyr noe, at nyansene er mange, langt flere enn teorier og generell kunnskap kan gi inntrykk av. «Ute i praksis er noe annet enn det som står i boken», sier en deltaker med minoritetsbakgrunn. En annen fra denne gruppen påpeker: «Vi deler forskjellige erfaringer, både positive og negative. (...) Jeg kan bare si at det er store forskjeller i pleiekultur i mitt land og i Norge.»

De er enige om at det har vært bra å sette sammen grupper med både nye medarbeidere og dem som har jobbet lenge – da kan de lære av de eldre og mer erfarne. En med minoritetsbakgrunn sier «De gamle har jobbet i mange, mange år, og de vet hvilke situasjoner de skal ta opp med pasientene. Vi som kommer nye, vi vet ikke hva vi skal gjøre hvis pasientene blir urolige og litt ufine.» sier en annen. «Vi kaller det *triks*», forklarer en tredje.

Å utveksle erfaringer og synspunkter med kolleger, er noe flere deltakere har lite erfaring med. Noen har deltatt i fellesmøter som er falt bort i hver-

dagens travelhet. De påpeker at vikarer sjelden deltar. Min. ABC-gruppene blir verdsatt fordi de der får «Mer kunnskap og snakke med hverandre og diskutere. Ikke bare jobbe og jobbe. Vi har ikke så mye tid til å snakke når vi er på arbeid.» ABC-gruppene har gitt dem tid til utveksling av erfaringer, synspunkter og refleksjoner. Arbeidet blir mer interessant, med flere muligheter for å oppleve meningsfullhet.

Språk og kommunikasjon

Både pasienter, pårørende og kolleger er avhengige av korrekt og forstått kommunikasjon. Pasienter – mange av dem med demens, mange med redusert hørsel – må få formidle sine behov og være trygge på at budskapet er mottatt. Temaet språkforståelse er sensitivt å ta opp, ikke minst fordi deltakerne med annen språklig bakgrunn har tatt fagutdanning i Norge, og det var forventet at de behersket norsk. Etter hvert ble språkvansker og kommunikasjon tatt opp i gruppene. Også personer med minoritetsbakgrunn ga uttrykk for at de kunne «ha problemer med språket, kulturen og forskjellige ting». Med opplevelse av trygghet og akseptering i gruppen kan deltakerne diskutere språkproblemer og kommunikasjon, implikasjoner og konsekvenser, og se på nye løsninger.

Språkproblemer på jobben inngår i en større helhet – migrantenes livsform også utenfor arbeidsplassen. Hjemme snakker de fleste sitt morsmål, og ser på TV og hører radio fra hjemlandet. Personene med innvandrerbakgrunn har lært norsk med den lokale dialekten – og de snakker denne dialekten med aksent fra morsmålet. Denne språkversjonen ser ut til å være en utfordring for andre, særlig for eldre pasienter. En deltaker med minoritetsbakgrunn understreker hvor viktig det er å snakke tydelig med personer med demens. «Når vi er sammen med mennesker med demens, er det helt nødvendig at vi snakker norsk. Hvis vi snakker et annet språk, fører det til angst og forvirring. For de forstår ikke hva jeg mener og hva vi snakker om. Så dette er veldig viktig i mitt arbeid: Språk! Språk! Språk!» Mange eldre pasienter og dere pårørende foretrekker å snakke med personale som snakker et tydelig norsk. Grensene mellom rasjonell atferd og diskriminering kan bli uklare.

God språkforståelse er svært viktig også i forholdet til kollegene: «At de ikke forstår, men gir uttrykk for at de forstår, det blir forferdelig dumt. Det er skummelt» sier en deltaker med majoritetsbakgrunn. Det kan få alvorlige konsekvenser for pleie og omsorg når beskjeder ikke fanges opp og tiltak ikke iverksettes.

Deltakerne er enige om at helsearbeiderne med minoritetsbakgrunn er tilbøyelige til å samtykke i hva ledere og kolleger sier, eller hva de tror de sier. De tør ikke å vise at de ikke har forstått eller ikke vet. De er ikke vant med å åpne for ulike vurderinger, si sin egen mening eller være i opposisjon. Samtidig bidrar tilbakeholdenheten til at helsearbeidere med minoritetsbakgrunn føler seg oversett og tilsidesatt. Helsearbeidere med norsk bakgrunn føler at de får et ekstra ansvar for å følge opp, kontrollere, opplyse og veilede – noe som kan oppleves som en ekstra belastning i en travel hverdag.

Deltakerne tar opp at migrantene kan ha vanskeligheter med å si nei til eldre brukere, selv ved urimelige forespørsler. «Vi har stor respekt for eldre mennesker. Vi er ... litt forsiktige» sier en deltaker med minoritetsbakgrunn. Deltakelse i Min. ABC-gruppen gir dem støtte til å sette grenser for overveldende krav, og sikkerhet nok til å si nei.

I gruppen kommer det også opp beretninger om trakassering og diskriminering fra enkelte pasienter og pårørende. Deltakere med majoritetsbakgrunn forteller at de i gruppen fikk høre hjerteskjærende historier om trakassering. Dette førte til at de, ved flere anledninger, bisto med å sette grenser overfor vedkommende som trakasserte. Både personer med minoritets- og majoritetsbakgrunn understreker at de må utvise stor forståelse hvis det gjelder personer med demens og psykiske lidelser. «Men ellers kan du ikke overse det. Du må gjøre noe!»

En deltaker peker på betydningen av hudfarge ved det første møtet med en pasient eller bruker: «Den første tingen er utseendet vårt. Vi er mørke, ikke sant? De er eldre mennesker, men vi er forskjellige like fullt.» De forteller om hvordan de gradvis lærer hverandre å kjenne og akseptere hverandre. Det første møtet kan føles usikkert for begge parter. «Kanskje første gangen når vi besøker dem hjemme, kan de føle at språket er ukjent, kulturen, ansiktet eller noe. Kanskje føler de engstelse. Men det blir bedre og bedre.»

Et tema som har økt forståelsen og kunnskapen i begge grupper, er hva innvanderne forteller om forholdet til eldre i hjemlandet. De forteller om familisme; en eldreomsorg basert på familieomsorg, på ansvar og respekt for de eldre, og etterleving av en gjensidighetsnorm over livsløpet. «Vi ønsker å ha de eldre hjemme, skjønner du (...). Vi har lært at vi skal være glade i våre foreldre, og at vi må vise respekt for eldre mennesker. Da vi var små, så de etter oss. Når de blir gamle, må vi se etter dem.»

Inkludering

De tre foregående temaer griper inn i hverandre som fasetter i en mer overordnet opplevelse av inkludering. Deltakerne ble stilt spørsmålet: «Hva er det viktigste dere har lært i Min. ABC?» En fra migrantgruppen formulerte det slik: «Vi i samme gruppe kjenner hverandre godt. De er veldig dyktige, så vi føler oss ikke utelatt». En annen understreker: «Vi føler oss inkludert.» En felles erfaring er større selvsikkerhet og selvtilit for alle deltakerne, særlig for personer med minoritetsbakgrunn, som igjen overføres til det daglige arbeidet. En deltaker med minoritetsbakgrunn bemerker: «Vi har masse god kjemi, skjønner du. Og bli mer kjent, og vi føler oss trygge. Da snakker vi. Ja!»

Trygghet er kjernepunktet. Å oppleve trygghet kommer av en åpen, inviterende og inkluderende atmosfære. Det er lov å fortelle også om negative erfaringer, vanskelige situasjoner, forskjeller i forståelse, ulik bakgrunn, hull i kunnskaper og språkvansker. Min. ABC har gitt dem et forum for slik erfaringsutveksling.

Eksempelene og oppgavene i opplegget har gjort diskusjonen mer jordnær og praksisrelatert, og vist dilemmaer og ulike veivalg. Deltakerne forteller at de nå reflekterer mer over valg de foretar i sin praksis: «Det er en følelse jeg har, at jeg nå forstår mer.» Å ha gjennomgått kurset gjør det også lettere å komme fram til enighet om hvordan de skal løse oppgavene. «Du får en mer positiv tilnærming når så mange har vært gjennom det samme. Du jobber mer sammen. Du drar lasset sammen på et vis.» En

deltaker sammenlikner denne erfaringen med den gang da hun individuelt hadde tatt videreutdanning: «Det var vanskelig å initiere forandringer siden jeg var den eneste som hadde lært det. Nå er det mye lettere å gjøre forandringer siden alle deltar.» De føler seg alle mer likeverdige i et arbeidsfellesskap. De opplever at de er inkludert.

Konklusjon og diskusjon

Studien finner at deltakerne unisont forteller at Min. ABC-opplæringen har vært engasjerende, positiv og vellykket – både for egen del og for arbeidsmiljøet. Dette ser ut til å være et resultat av «hele pakken», av et gjennomtenkt og godt gjennomført prosjekt. Det gjelder strukturen; størrelsen på gruppen – 6-8 deltakere fra ulike enheter og med minoritets- og majoritetsbakgrunn, og lederskapet. Det gjelder *prosessen*; bestrebelsene for å oppnå likeverdig deltakelse, dele erfaringer og lære av hverandre, med åpen og støttende kommunikasjon, for å finne veier ut av vanskelige situasjoner og nå fram til gode løsninger. Og *innholdet*; det har åpnet opp for tause temaer, for utfordringer ved å være yrkesutøver med minoritetsbakgrunn, og vansker med å oppnå godt samarbeid og inkludering.

At Min. ABC har inkludert personell «på tvers» er verdsatt av deltakerne, har utvidet erfaringsgrunnlaget og gitt kunnskap om mulige løsninger i ulike situasjoner (17). Dialogene har skapt mer samforstand og bedre samhandling. Ifølge Schön (18) foregår utvikling av kunnskaper i praksis både ved «reflection *in* action» og «reflection *on* action.» Min. ABC har gitt muligheter for begge tilnærminger.

Refleksjonsgruppene har nærmet seg idealet om likhet – på tross av forskjeller – gitt selvtillit og trygghet til å si sin mening og utveksle erfaringer. Slik har Min. ABC-gruppen maktet å bygge ned skillet mellom «oss» og «dem», majoritetene og minoritetene, som gjensidig har definert «de andre». Tillit og trygghet har ført til inkludering.

Gruppelederen har vært avgjørende for alle spekter av gruppedynamikken ved å stimulere, balansere og støtte deltakerne, et kjennetegn også ved ledelse av fokusgrupper. Thaler og Sunstein (19) har lansert begrepet «dytting» («nudging»). Mer generelt viser begrepet mot å lede eller influere på folks adferd. I vår studie har vi sett at «dytting» har vært nødvendig for å puffe på de meste tilbakeholdne deltakerne – særlig dem med minoritetsbakgrunn. Ved å tie stille, har de unngått skam. Skam er den internaliserte angsten for andres nedvurdering. Skam hindrer integrering og skaper utenforskap.

Strategien ved at gruppene har tatt utgangspunkt i utfordringer med språk, ser ut til å ha vært fruktbart. Å lære språk er en kjent tilnærming og læring. Så har det vist seg at forskjeller i kultur og bakgrunn likevel kommer fram. Det var innvandrere som brukte ordet «kultur» om forskjellene. «Kulturen» hos helsearbeidere med norsk bakgrunn kan være ureflektert, vanlige oppfatninger som «tas for gitt». Selvrefleksjon er sunt.

Begrepet «Lærende organisasjoner» peker mot at også organisasjoner – som helseorganisasjoner – kan endre seg, ved ny innsikt. Kjennetegn er systemtenkning, personlig mestring, mentale modeller, delte visjoner og teamlæring (20). Min. ABC har innbefattet alle disse aspekter.

Konklusjonen av studien av deltakernes erfaringer med Min. ABC, er at prosjektet har vært meget vellykket i å inkludere personell med minoritetsbakgrunn systematisk i et kompetanseprogram for en mer helhetlig eldreomsorg. Så må tiden, og andre studier, i andre miljøer, vise om erfaringene har bærekraft over lengre tid.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

REFERANSER:

1. Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012.
2. Skålholt A, Høst H, Nyen T, AH T. Å bli helsefagarbeider : en kvalitativ undersøkelse av overgangen mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget. Oslo: NIFU; 2013.
3. Forssell E. Transnational Aging, Care and the Welfare State. *Transnational Social Review*. 2013;3(1):83-99.
4. Forland F, Helsedirektoratet. Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
5. Tønnessen M, Lekne S, Syse A. Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Hovedresultater. Oslo: Statistics Norway; 2016.
6. Østby L. Hvor i landet betyr EU-innvandringen mest? *Samfunnsspeilet*. 2013;5:20-6.
7. Lanari D, Bussini O. International migration and health inequalities in later life. *Ageing and Society*. 2012;32(6):935-62.
8. Ingebretsen R, Thorsen K, Myrvang VH. Livsmot og mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn : «Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig». Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2015.
9. Claus G. Innvandrerne sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg> (8.11.18)
10. Helsedirektoratet. Kompetanseløft 2020 <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020> (1.11.18)
11. Raatinen J, Mehus G. Språkvansker skaper stress på jobb. *Sykepleien*. 2012;13:68-70.
12. Døble BS, Kirkevold Ø. ABC - Virksomhetsintern opplæring i kommunene : erfaringer med gjennomføring av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC som en del av kompetansesatsingen i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2015.
13. Fossli KR, Døble BS, Kirkevold Ø. Kompetanseløft på arbeidsplassen : kommunenes erfaring med ABC modellen. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2011.
14. Rokstad AMM, Døble BS, Engedal K, Kirkevold Ø, Benth JS, Selbæk G. The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*. 2017;12(2):10.
15. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Lommeordbok : til bruk i pleie- og omsorgstjenesten. 2. oppl. ed. Tønsberg: Aldring og helse; 2012.
16. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. ed. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2008.
17. McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;38(1):94-104.
18. Schön DA. Educating the reflective practitioner. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1987.
19. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. New Haven, CT: Yale University Press; 2008.
20. Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday; 1990.

Bente Wallander (tekst)

Depresjon, smerte og smertebehandling hos personer med demens

Smerte øker depresjon hos sykehjemspasienter med demens, men økt smertebehandling reduserer ikke depresjon og medfører fare for bivirkninger

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Depresjon rammer rundt halvparten av personer med demens, og er dermed ett av de vanligste nevropsykiatriske tilleggssymptomene ved demens. Både depresjon og smerter forekommer hyppigere ved langtkommen demenssykdom. Samtidig svekkes personens evne til å fortelle om egne symptomer, og dette medfører risiko for at smerte ikke oppdages og behandles. En tidligere studie av Bettina Husebø og medarbeidere har vist at personer med demens og agitasjon som mottok en individuelt tilpasset økning i smertebehandling fikk reduserte symptomer på både agitasjon og depresjon sammenliknet med kontrollgruppen som ikke mottok behandling. (1, 2)

Hva undersøkte du?

– Gjennom mitt ph.d.-arbeid har jeg undersøkt sammenhengen mellom smerte og depresjonssymptomer hos personer med ulik grad av demens (3), og gjennomført en randomisert placebokontrollert studie for å teste om smertestillende behandling kan redusere depresjonssymptomer hos sykehjemspasienter med moderat til alvorlig demens og depresjon (DEP.PAIN.DEM) (4). Dette er den første placebokontrollerte studien som har undersøkt sikkerhet og tolerabilitet av buprenorfin smertepaster hos personer med demens (5), til tross for at dette legemiddelet har vært mye brukt i denne gruppen siden det kom på markedet i 2005.

Hva ble ditt viktigste funn?

– Hos personer med demens er smerte forbundet med høyere grad av depresjonssymptomer, og motsatt. Dette gjelder uavhengig av demensgrad. Likevel fant vi ikke at smertebehandling reduserte depresjonssymptomer hos personer med demens. Tvert imot ser det ut til at aktiv smertebehandling medfører et mer stabilt og høyere nivå av depresjonssymptomer over tid sammenliknet med placebo. Dette kan skyldes bivirkninger av buprenorfin.

Hva oppdaget du ellers?

– Mer enn halvparten av deltakerne som mottok buprenorfin avbrøt behandlingen som følge av bivirkninger, og de fleste bivirkningene ble beskrevet som en forverring av nevropsykiatriske symptomer (for eksempel trøtthet, forvirring og atferdsendringer). Dette er viktig fordi slike symptomer hos en enkeltperson lett kan attribueres til selve demenssykdommen, slik at legemiddelbivirkninger i verste fall ikke oppdages. Resultatene taler for at buprenorfin bør forskrives med forsiktighet til personer med demens, og at disse pasientene bør følges nøye opp med tanke på atferdsendringer og andre mulige bivirkninger ved behandlingsoppstart eller doseøkning.

Hvilke planer har du videre?

– Jeg ønsker å bruke data fra DEP.PAIN.DEM-studien til å undersøke om de depresjonssymptomene som ble forverret under buprenorfinbehandling, registrert ved hjelp av Cornell depresjonsskala, samsvarer med rapporterte eller mulige bivirkninger av buprenorfin. Videre jobber jeg med en reviewartikkel for å oppsummere nåværende kunnskap om bivirkninger av ulike typer smertestillende legemidler hos personer med demens. I fortsettelsen av dette vil det være relevant å designe en ny studie for å undersøke om effekt og bivirkninger ved bruk av buprenorfin og andre opioidanalgetika følger et liknende mønster også hos personer med demens som har uttalt smerteproblematikk.



Foto privat

Farmasøyt **Ane Erdal** disputerte i januar over avhandlingen *Efficacy and safety of analgesic treatment for depression in nursing home patients with dementia*. Doktorgraden er gjennomført ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS), Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, og prøveforelesning ble holdt over temaet *Give an overview of the effect of vitamin B12 supplement on neuropsychiatric symptoms in patients with vitamin B12 deficiency*.

REFERANSER

1. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
2. Husebo BS, Ballard C, Fritze F, Sandvik RK, Aarsland D. Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29(8):828-836.
3. Erdal A, Flo E, Selbaek G, et al. Associations between pain and depression in nursing home patients at different stages of dementia. *J Affect Disord* 2017;218:8-14.
4. Erdal A, Flo E, Aarsland D, Ballard C, Slettebo DD, Husebo BS. Efficacy and Safety of Analgesic Treatment for Depression in People with Advanced Dementia: Randomised, Multicentre, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial (DEP.PAIN.DEM). *Drugs & aging* 2018.
5. Erdal A, Flo E, Aarsland D, et al. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging* 2018;13:935-946.

Bente Wallander (tekst)



Foto privat

Cand. med. **Sigbjørn Olav Rogne** disputerte i desember med avhandlingen *Cognitive function and mild cognitive impairment in a general population: roles of cardiovascular and genetic risk factors and magnetic resonance volumetry. The Tromsø Study*. Doktorgraden er gjennomført ved Institutt for samfunnsmedisin, Medisinsk fakultet, UiT Norges arktiske universitet, og prøveforelesning ble holdt over temaet *Antitrombotiske midler i forebygging og behandling av kognitiv svikt*.

REFERANSER

Rogne SO, Vangberg T, Eldevik P, Wikran G, Mathiesen EB, Schirmer H. Mild Cognitive Impairment, Risk factors and Magnetic Resonance Volumetry: Role of Probable Alzheimer's Disease in the Family. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2013;36:87-98.

Rogne SO, Solbu MD, Arntzen KA, Herder M, Mathiesen EB, Schirmer H. Albuminuria and Carotid Atherosclerosis as Predictors of Cognitive Function in a General Population. *European Neurology* 2013;70:340-348.

Rogne SO, Vangberg T, Eldevik P, Wikran G, Mathiesen EB, Schirmer H. Magnetic Resonance Volumetry: Prediction of Subjective Memory Complaints and MCI, and Associations with Genetic and Cardiovascular Risk Factors. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA* 2016;6:529-540.

Kognitiv funksjon og mild kognitiv svikt i en generell befolkning:

Kardiovaskulære og genetiske risikofaktorer og MR-volumetri

Alzheimers sykdom kan ha mange årsaker og være forskjellig hos kvinner og menn. Vi fant forskjeller mellom kvinner med biologiske familiemedlemmer med Alzheimers sykdom og dem uten, men ikke hos menn.

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Amyloid-hypotesen har siden 1991 dominert forskning på Alzheimers sykdom. Rotterdamstudien har vist en sammenheng mellom risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og Alzheimers demens. Henrik Schirmer, min hovedveileder, ønsket å bruke data fra Tromsøundersøkelsen til å se på dette, og samtidig også belyse genetiske risikofaktorer. Jeg var ass. lege og takket ja til å være stipendiat.

Hva undersøkte du?

– I Tromsø demensstudie, en nøstet kasus-kontrollstudie i Tromsø 6, ble kasus med mild kognitiv svikt (MCI) sammenliknet med kjønns- og aldersmatchede kognitivt friske kontroller. MR-undersøkelse med helautomatiserte volumetriske målinger av hjernestrukturer ble utført på alle. MR-volumetriske målinger ble brukt som surrogatmarkører for Alzheimers sykdom. Gjennomsnittsalderen var drøyt 70 år.

Kasus med MCI ble inndelt i grupper ut fra hvor mange biologiske familiemedlemmer de hadde som hadde fått sannsynlig Alzheimers demens >65 år alder, det vil si «late onset Alzheimer's disease» (LOAD). Kasus uten biologiske familiemedlemmer med sannsynlig LOAD, ble vurdert til å ha sannsynlig begynnende sporadisk LOAD, mens de med to eller flere biologiske familiemedlemmer med sannsynlig LOAD, ble vurdert til å ha sannsynlig begynnende familiær LOAD.

Av personer med Alzheimers demens har cirka 75 prosent sporadisk LOAD (ingen andre biologiske familiemedlemmer med LOAD), 15-25 prosent har familiær LOAD (to eller flere biologiske familiemedlemmer med LOAD) og <5 prosent har Alzheimers demens før 65 års alder, såkalt «Early onset Alzheimer's dementia» (EOAD).

Hva ble ditt viktigste funn?

– Kvinnelige kasus med sannsynlig begynnende familiær LOAD hadde signifikant mindre hippokampus og større sideventrikler enn kvinner med sannsynlig begynnende sporadisk LOAD og kvinnelige kontroller. I tillegg hadde de ikke, til forskjell fra de andre kasusgruppene, signifikant høyere plasma homocystein (plasma homocystein er en mulig risikofaktor for både vaskulær demens og Alzheimers demens) enn kontrollgruppen.

Dessuten var sannsynlig LOAD hos forelder, Apo E ε4 allelet (genetisk risikofaktor for Alzheimers sykdom), høyere plasma homocystein og høyere glomerulær filtrasjonsrate (mål på nyrefunksjon) uavhengig assosiert med lavere hippokampusvolum. Dette gjaldt spesielt for kvinner.

Hva oppdaget du ellers?

– I en normalbefolkning fant vi at mer albuminuri (selv lavgradig), mer arteriosklerose i halspulsåre og røyking uavhengig av hverandre predikerte lavere eksekutiv funksjon 13 år senere. Vi brukte data fra Tromsø 4 (1994–95) og Tromsø 6 (2007–08).

Hvilke planer har du videre?

– Arbeidet har lært meg at langt flere offentlige forskningsmidler trengs for rask utvikling av effektiv behandling. Profitt-drevne multinasjonale legemiddelfirmaer prioriterer de mest innbringende patentene og legemidler som kun bremser utvikling av Alzheimers sykdom, pasientene kommer i andre rekke. For øvrig fortsetter jeg i klinisk arbeid.



Foto privat

Linda Hafskjold disputerte i desember i over avhandlingen *Older persons' worries expressed during home care and supportive communication – analysing audio-recorded visits*. Oppsummert dreier den seg om hvordan eldre personer uttrykker bekymring til hjemmesykepleien, og hvordan hjemmesykepleien kan kommunisere på en støttende måte i disse øyeblikkene. Doktorgraden er gjennomført ved fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, og prøveforelesning ble holdt over temaet *Gi en oversikt over psykososiale teorier om aldring, og drøft deres anvendbarhet i forskning og klinisk praksis med hjemmesykepleien som kontekst*.

REFERANSER

Hafskjold L, Sundling V, van Dulmen S, & Eide H (2017). The use of supportive communication when responding to older people's emotional distress in home care – An observational study. *BMC Nursing*, 16(1), 24.

Hafskjold L, Eide T, Holmstrom IK, Sundling V, van Dulmen S & Eide H (2016). Older persons' worries expressed during home care visits: Exploring the content of cues and concerns identified by the Verona coding definitions of emotional sequences. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1955-1963.

Hafskjold L, Sundling V & Eide H (2018). Nursing staff's responses to thematic content of patients' expressed worries: observing communication in home care visits. *BMC Health Services Research*, 18(1), 597.

Bente Wallander (tekst)

Om Eldres bekymringer og helsepersonells respons på disse

Avhandlingen har fokus på øyeblikk hvor den eldre (≥ 65 år) uttrykker verbalt noe som rommer ubehagelige følelser eller bekymringer under vanlige hjemmesykepleibesøk. Menneskers bekymringer er ofte knyttet til vår helse og opplevelse av velvære (well being). Vi deler våre bekymringer med andre for blant annet å få støtte og råd. I en helsesituasjon er det beskrevet som viktig å fange opp pasientens bekymringer for å gi personorientert helsehjelp. Det er vist at det har stor betydning for særlig eldre pasienter at de opplever å ha tillit til helsepersonell og blir møtt med respekt. Øyeblikkene ble analysert for å utforske både hva eldre uttrykker som bekymringer i kommunikasjon med hjemmesykepleien, og hva helsepersonalets umiddelbare respons er på slike uttrykk.

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Avhandlingen er utført som en del av COMEHOME-prosjektet, et internasjonalt forskningsprosjekt som utforsker møter mellom eldre personer og helsepersonell, og i hvilken grad det praktiseres personorientert kommunikasjon i disse møtene.

Hva undersøkte du?

– Verbalt uttrykt bekymring og helsepersonellens umiddelbare respons ble analysert gjennom 195 lydopptak av faktiske hjemmesykepleibesøk. Ved bruk av det systematiske observasjonssystemet The Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES), ble kommunikasjonsdata utledet. Dette materialet ble så analysert med både kvalitative og kvantitative analysemetoder.

Hva ble ditt viktigste funn?

– At eldre vanligvis uttrykker sine bekymringer som hint (90 prosent), de bruker sjelden eksplisitte uttalelser, der følelsen og problemet er angitt. Dette betyr at personalet må være sensitive til hvordan bekymring blir uttrykt for å fange opp hintene fra den eldre. Dette antas å påvirke kvaliteten på helsehjelpen til den eldre. Over 60 prosent av uttrykkene dreide seg om variasjoner av bekymring knyttet til aldring og kroppslig svekkelse.

Personalets umiddelbare, verbale respons viste seg i stor grad å gi rom for å snakke mer om tema, men da som regel kun indirekte og på en ikke-eksplisitt måte (ikke ta opp i seg ord eller uttrykk fra den Eldres formulering). Dette gjaldt både sykepleiere og helsefagarbeidere. Det var økt sannsynlighet for å bli møtt med rom for å snakke mer om bekymringer relatert til eksistensielle forhold rundt aldring og kroppslig svekkelse enn opplevelsen av smerte i øyeblikket. Smerteuttrykk hadde en økt sannsynlighet for å bli ignorert under kommunikasjonen.

Hva oppdaget du ellers?

– To ting: At personorientert kommunikasjon var lite presist beskrevet i litteraturen før jeg begynte min avhandling. Hvis man antar at kommunikasjon og personorientering er sentralt for best mulig helsehjelp, bør man i planleggingen av framtidens helsetjeneste vurdere å styrke kompetansen på personorientert kommunikasjon.

Hvilke planer har du videre?

– På kort sikt vil jeg gjerne jobbe videre med dette materialet, men jeg ønsker også å jobbe mer med de perspektivene jeg oppdaget når jeg jobbet med prøveforelesningen.

SAMANDRAG

Personar med utviklingshemming er ei aukande gruppe i eldrebefolkninga, og dei har andre utfordringar i samband med aldring enn resten av befolkninga. Studiar om aldring og alderdom hjå personar med utviklingshemming viser til mangel på kunnskap blant tenesteytarane. Artikkelen set søkelys på utfordringar knytte til utviklingshemming og aldring som 12 tenesteytarar har erfart i kommunale butiltak. Studien bygger på data frå fire fokusgruppeintervju med tenesteytarar frå butiltak i fire ulike kommunar. Resultata viser at det er utfordrande for tenesteytarar å få auge på aldringsprosessen, at det er mangelfulle system for tilpassa og personsentrerte tenester til personar med utviklingshemming, og at tenesteytarane opplever å stå i skvis på mange områder; mellom krav til tenestene, tilgjengelege ressursar, behov og forventningar. Resultata viser òg at eldre personar med utviklingshemming framleis ikkje får dei tenestene dei har rett på, noko som er eit klart brot på grunnleggande menneskerettar, og som ikkje anerkjenner medborgarskapet deira.

SUMMARY

People with intellectual disabilities is an expanding group in the aging population. They face different challenges related to aging compared to the general older population. Previous studies show lack of knowledge amongst staff related to aging in older people with intellectual disabilities. The aim of this study is to highlight the problems staff experience related to aging in people with intellectual disability living in residential services. Data from four focus group interviews with employees from residential housings in four different municipalities were analysed. Results show staff struggle to identify aging processes in the residents with intellectual disabilities. Staff also express that the services lack structures and systems for personalized care for people with intellectual disability. In addition, they experience the gap between service requirements and the actual resource provided. Finally the study shows that aging people with intellectual disabilities don't get the services needed, which is violation against fundamental human rights and threatens their citizenship.



Gunvor Helle Eiane

Sosionom

Master i sosialt arbeid

Fagkonsulent, Habiliteringstjenesten
for voksne, Helse Stavanger

gunvor.helle.eiane@sus.no



Anita Gjermestad

Vernepleier

Førsteamanuensis

VID Vitenskapelige Høgskole,
Fakultet for helsefag

anita.gjermestad@vid.no

Når personar med utviklingshemming blir eldre, kva utfordringar erfarer kommunale tenesteytarar?

Eiane og Gjermestad (2019)

Hovudbodskap

- Det er utfordrande for kommunale tenesteytarar å identifisere aldrings-teikn hjå personar med utviklingshemming.
- Det finst i liten grad system for tilpassa og personsentrerte tenester til aldrande personar med utviklingshemming.
- Tenesteytarar opplever mangelfulle strukturar for oppfølging av personar med utviklingshemming som blir eldre og bur i kommunale butiltak

Bakgrunn

Sjølv om aldring får aukande merksemd i befolkninga generelt, er det signifikant mindre merksemd i forskning på aldring hjå personar med utviklingshemming (1–2). Internasjonale studiar på feltet viser til mangel på kunnskap om aldring og utviklingshemming blant tenesteytarar. Dette kan påverke korleis dei forstår og samhandlar med aldrande personar med utviklingshemming, og fører til vanskar med å identifisere aldringsprosess og helseutfordringar (3–6). Denne studien (7) set søkelyset på kva utfordringar tenesteytarar i kommunale butiltak erfarer når det gjeld aldring hjå personar med utviklingshemming. Dette er problemstillinga som blir diskutert: *Kva utfordringar opplever tenesteytarar i kommunale butiltak når det gjeld utviklingshemming og aldring, og korleis kan vi forstå desse utfordringane i lys av kunnskap om feltet og offentlege føringar for tenesteytinga?*

Utviklingshemming og aldring

WHO sine diagnosekrav til utviklingshemming i klassifikasjonssystemet ICD-10 blir nytta om ulike tilstandar som inneber ein nedsett intellektuell funksjon som svarer til eit intelligensnivå på under 70, og som har oppstått før fylte 18 år (8). I tillegg må personen ha avgrensa kapasitet til å tilpasse seg daglegdagse krav i normale sosiale omgjevnader.

Personar med utviklingshemming er ei lite homogen gruppe. Det er stort spenn i årsaker, grad av utviklingshemming og funksjonsnivå (9).

Mellom 0,4 og 0,5 prosent av befolkninga er personar med utviklingshemming frå 55 år og oppover (10). Personar med utviklingshemming er ei av gruppene som aukar raskt i eldrebefolkninga, og det er grunn til å tru at auken vil bli endå større i åra som kjem, på grunn av betre levekår, medisinsk behandling og tenester for denne gruppa (1, 11–14).

Kartleggingsrapportar viser at det i 2013 var registrert 7312 personar med utviklingshemming frå 40 år og oppover som fekk tenester frå kommunen (15). I 2015 var talet auka til 7583 personar (16).

Det er i dag fleire personar med utviklingshemming som opplever å bli eldre, enn det var tidlegare (17). Dei har spesielle utfordringar knytte til aldringa samanlikna med befolkninga elles (18–21). Aldringsprosessen kan starte tidlegare for dei enn for den generelle befolkninga, til dømes i 40- og 50-åra (22). Personar med Downs syndrom har i tillegg auka risiko for å få demens tidleg (23–24). Individuelle faktorar, som grad av utviklingshemming, tilleggsdiagnosar og syndrom, sjukdomar og miljø, påverkar aldringsutviklinga (25). Korleis eldre

personar med utviklingshemming oppfattar og opplever si eiga helse, påverkar også funksjonsnivået deira (26). Livserfaringane deira skil seg frå andre sine på mange måtar (21). Dei har levd eit liv med funksjonsnedsettingar også før aldringa starta opp (18). Thorsen påpeiker at eldre personar med utviklingshemming kan ha opplevd undertrykking og avmakt, diskontinuitet og nedvurdering (19). Annleis levekår og eit avgrensa nettverk gjer personar med utviklingshemming meir sårbare for endringar som kjem med alderen (18). Studiar viser at dei er sterkt avhengige av tilrettelagde tenester og støtte frå tenesteytarar og andre (3, 17, 26).

Personar med utviklingshemming er medborgarar på lik linje med andre. Likevel erfarer dei brot på grunnleggjande menneskerettar på dei fleste livsområda (9). Sjølv om medborgarskap handlar om rettane, pliktene, statusen og rollene til den enkelte (27–28), er personar med utviklingshemming avhengige av medborgarskapsfokuserte helse- og velferdstenester, lokalsamfunn og tenesteytarar for at medborgarskapet deira skal kunne realiserast i praksis (9, 29–30). Det handlar om å anerkjenne statusen og rollene til personar med utviklingshemming som aldrande og pensjonistar, og om at tenestetilboda og livsmiljøa blir endra i tråd med aldringa. Dette har vist seg å vere krevjande (3–6, 9). Alt i 2003 viste Thorsen til at eldre personar med funksjonsnedsettingar «fall mellom alle stolar» når dei vart eldre, og ho kalla dette ein stille akuttsituasjon (31).

Tenesteytinga til personar med utviklingshemming i ein aldringsprosess

Internasjonale studiar om aldring hjå personar med utviklingshemming (3–4) viser til mangel på kunnskap blant tenesteytarane innan helse- og velferdstenester. Dei kan vere usikre på korleis dei skal forstå eller handtere aldringsrelaterte utfordringar hjå tenestemottakarane. Dei feiltolkar ofte sjukdom eller redusert helse, og skuldar endringane på utviklingshemminga eller vanleg aldring (32).

Aldringsprosessen hjå personar med utviklingshemming medfører også behov for endringar i offentleg omsorg og offentlege tenester (33). Helsetilsynet påpeiker at når behova til ein person endrar seg gjennom livet, må tenestetilbodet tilpassast individuelt og innanfor eit forsvarleg tidsrom (34–35). Personsentrert omsorg er eit døme på ei individuell tilnærming (36). Tilbodet må vere heilskapleg,

føreseieleg, tilstrekkeleg, kompetent og trygt. I tillegg til personsentrerte tenester er det behov for enkle og truverdige testar og kartleggingsverktøy som må kunne følgje utviklinga til personar med utviklingshemming (37). Nasjonal kompetanseteneste for aldring og helse har utvikla kartleggingsverktøy og sjekklistar som er tilrettelagde for personar med utviklingshemming i aldring, blant anna «Tidlige tegn – funksjonsfall og sykdom» (38). Her blir indikatorar på funksjonsfall og sjukdom målte over tid og samanlikna med tidlegare kartlegging (baseline) på personen (39). Kartleggingsverktøy bør takast i bruk medan personen er i ein stabil fase av vaksenlivet. Avhengig av utviklingsgrad, syndrom eller utviklingsforstyrring er det tilrådeleg å starte kartlegginga når personen er i 30–50-årsalderen. Deretter bør kartlegginga vere ein fast, årleg rutine (38, 40).

Ei nasjonal kartlegging av butilbodet til eldre personar med utviklingshemming i 2013 (15) viser at det fanst få butilbod som var lagt spesielt til rette for eldre personar med utviklingshemming. Om lag 90 prosent av kommunane og bydelane som deltok i kartlegginga, hadde ingen eigen plan for denne gruppa med tanke på aldring og butilbod (15). Svikt og mangelfulle tenester blir òg stadfesta gjennom eit nasjonalt tilsyn utført av fylkesmennene i 2016 (34).

Metode

Av praktiske omsyn presenterer vi her metoden i studien i ein kortfatta versjon. For meir utfyllande informasjon viser vi til Eiane (7). Det empiriske grunnlaget for studien er fokusgruppeintervju med tenesteytarar som skildrar sine erfaringar med utfordringar knytte til fenomenet utviklingshemming og aldring. Fokusgruppeintervju er ein særleg relevant forskingsmetode for å få fram felles erfaringar, haldningar eller synspunkt i miljø der mange menneske samhandlar (41). Fire fokusgruppeintervju med tolv erfarne tenesteytarar frå butiltak i fire kommunar vart gjennomførte hausten 2016. Ein intervjuguide vart utvikla med utgangspunkt i tidlegare forskning og målet med studien. Intervjuguiden hadde ei stram oppbygging for å sikre ein viss struktur (42), samstundes som han opna for å følgje opp innspel. Intervjua varte mellom éin og halvannen time. Alle intervjua vart tekne opp på band og transkriberte ordrett til normert nynorsk.

Utval

Det viktigaste inklusjonskriteriet for utvalet i studien definerte vi til å vere kommunale tenesteytarar i butiltak med minst tre års relevant erfaring frå arbeid med vaksne personar med utviklingshemming frå rundt førti år og oppover. Av praktiske årsaker var det naturleg å inkludere fleire informantar frå same arbeidsfellesskapet, uavhengig av utdanning. Dette ville også vere dei informantane som i størst grad representerte verkelegheita ute i butiltaka, ettersom personalgrupper jamt over er lite homogene (5).

Førespurnad om å delta i studien var distribuert via koordinerande eining for rehabilitering og habilitering i 13 kommunar, fordelt på to helseføretak. I alt 14 butiltak frå totalt 6 kommunar melde seg interesserte. Alderen på bebuarane var noko vi la vekt på i seleksjonsprosessen, og ut frå dette valde vi ut fire fokusgrupper frå fire ulike kommunar.

Dei fire fokusgruppene bestod av 2–4 deltakarar, i alt 11 kvinner og 1 mann i alderen frå 31 til 63 år. Stillingsstorleiken¹ deira var frå 34 prosent til 100 prosent. Seks informantar hadde minst treårig høgskuleutdanning innan

1. Éin informant opplyste ikkje om stillingsstorleik.

helse- og sosialfag, fire hadde fagarbeidarutdanning, og to var ufaglærte. Dei hadde 5–25 års erfaring frå arbeid med vaksne/eldre personar med utviklingshemming. Dette gav eit gjennomsnitt på 14 år.

Forskingsetiske omsyn

Norsk senter for forskingsdata (NSD) vurderte studien som meldepliktig og godkjende den (43). Han er gjennomført i tråd med forskingsetiske retningslinjer. Før fokusgruppeintervjua delte vi ut informasjon om undersøkinga og henta inn informert samtykke frå alle deltakarane. Ettersom deltakarane høyrer til små miljø med risiko for gjenkjenning av tredjepersonar, har vi lagt særleg vekt på aidentifisering og anonymisering av data i presentasjonen av resultata. Som forskarar må vi sikre integriteten til deltakarane gjennom analyse, tolking og presentasjon, sjølv om vi har innverknad på prosessen i samsvar med eigen påverknad frå teori, fagmiljø og empiri (44). Gjennom å følgje den systematiske tekstkondenseringa til Malterud (45) kunne vi vere tru mot materialet og erfaringane til tenesteytarane.

Metodiske vurderingar, styrker og svakheiter

I fokusgruppeintervjua gav tenesteytarane, som hadde ulik bakgrunn og erfaring, sine skildringar saman akkurat der og då. Individuelle intervju med tenesteytarane ville truleg gjeve andre perspektiv og synspunkt. Når det gjeld validitet, kan det rettast kritikk mot at fokusgruppene ikkje fekk høve til å godkjenne transkripsjonen.

Sjølv om utvalet i studien er lite og resultatet ikkje kan generaliserast, er det grunn til å tru at fokusgruppene får fram brei informasjon om tematikken. Det at mange av skildringane i gruppene er i samsvar med forskning på feltet, kan styrke dette. Vi kan difor anta at fleire av funna også kan gjelde for tenesteytarar i andre butiltak, men med atterhald om at den kvalitative forskingsprosessen er prega av både informant, forskar og kontekst.

Analyse

Vi analyserte dei transkriberte intervjua ved hjelp av systematisk tekstkondensering med tematisk og tverrgåande analyse (44–45), inspirert av fenomenologisk tilnærming (44,46). I analysearbeidet la vi vekt på meningsinnhaldet i datamaterialet frå fokusgruppene. Med fokusgruppeintervju med fleire deltakarar i fellesskap vurderte vi ei temasentrert tilnærming som det mest aktuelle.

Systematisk tekstkondensering er ein firestegsprosess (45). Første steg var å få eit heilskapsinntrykk ved å lese gjennom den transkriberte teksten fleire gonger. Vi noterte relevante tema frå problemstillinga og markerte dei med fargekode for kvar fokusgruppe, slik at vi kunne sjå kva tema som var samanfallande for gruppene, og kva tema som berre dukka opp i enkelte av gruppene. Andre steg i prosessen var å identifisere meningsberande einingar og å kode. All meningsberande tekst knytt til problemstillinga vart samla og deretter systematisert i undertema etter meningsinnhald. Tredje steg var kondensering for å hente ut mening. Vi samanfatta meningsberande tekst for kvart undertema på ein systematisk måte gjennom å lage eit kondensat (kunstig sitat). I fjerde og siste steg samanfatta vi kondensata til ei skildring. Kondensata vart rekontekstualiserte til ein analytisk tekst eller eit resultat for kvart undertema.

Resultatet viser to hovudkategoriar som vart analyserte fram. Den første hovudkategorien er kva utfordringar tenesteytarane ser frå sitt eige, individuelle perspektiv. Den andre hovudkategorien omfattar utfordringar frå eit

strukturelt perspektiv i lys av kommunal tenesteyting. Under desse to hovudkategoriane er det fem delvis overlappende undertema. Dei to første set søkelys på det individuelle perspektivet på utfordringane til tenesteytarane. Dei tre siste viser til dei strukturelle utfordringane. Utfordringane gjeld

- I. det å få auge på aldringa
- II. kjensler i møte med den andre si aldring
- III. samarbeid i fagfellesskapet og med dei pårørande
- IV. lite koordinerte og tilpassa tenestetilbod
- V. det å stå i skvis.

Resultat

I. Å få auge på aldringa

Tenesteytarane fortel at det er vanskeleg å få auge på aldringsteikn hjå den enkelte med utviklingshemming fordi aldringa ofte kjem snikande:

«Men det er ikkje alltid du ser den aldringa, for den kjem snikande. Altså, det er så små teikn at du ser det ikkje, du forstår det ikkje.»

Det at aldringa starter tidleg, gjer det utfordrande for tenesteytarane å oppdage aldringsteikn. Dei nemner nedsette kommunikative og kognitive funksjonar hjå bebuarane som – saman med ulike diagnoser, syndrom og sjukdomar – kompliserer og forstyrrar korleis dei forstår og tolkar potensielle teikn på aldring i det daglege omsorgsarbeidet.

Fleire tenesteytarar påpeiker også at dei manglar kunnskap om aldring, og at det manglar interne kvalitetssikringssystem og rutinar for å fange opp og identifisere aldringsteikn. Dei ønsker kunnskap og spisskompetanse om aldring og aldringsprosessar generelt, slik ein til dømes har på ei ordinær sjukeheimsavdeling:

«Sei du jobbar på ei sjukeheimsavdeling, så kan du veldig godt om eldre. Men me som jobbar her som me gjer, me må jo følgje prosessen frå dei er ganske unge, og til dei blir eldre. Altså, då må du jo kunne alt!»

Tenesteytarane peiker òg på at dei er usikre på kvar dei skal hente inn spisskompetanse, til dømes fordi dei ikkje har kjent til habiliterings-tenesta:

«Men det var ingen her på huset som visste om habiliteringstenesta. Og då er det ikkje godt å få råd og hjelp viss ikkje me veit om det?»

II. Kjensler hjå tenesteytarane i møte med aldringa

Tenesteytarane gjev uttrykk for at dei i det daglege omsorgsarbeidet kan ha sterke band til den enkelte bebuaren i butiltaket: «Du bryr deg så om dei ...» Dei diskuterer at tette band kan skape sterke kjensler hjå tenesteytaren når andre vil vere med på å vurdere kva som er best for bebuaren eller legge planar for alderdomen:

«Enkelte personal jobbar gjerne i 20–30 år med éin og same person. Og dei har tette band. Altså, dei har meir kontakt med brukarane gjennom livet enn gjerne familie. Og då blir det ei utfordring å seie at no er det gjerne ikkje personalet som veit best, no må me henta ut med andre, nye, friske auge som ser oss i korta, og seie at her er ei god løysing for personen i dag, ja. Og det er tøffe prosessar, ja!»

Fleire fortel at dei har kjent seg makteslause, og at korleis ein skal møte endringar og teikn på aldring hjå den enkelte, skaper uro og uvisse. Når bebuarar endrar seg eller viser teikn til aldring, kjenner fleire tenesteytarar også dette som sårt. Dei gjev uttrykk for å vere hjelpelause i møtet med bebuarane, særleg når dei ikkje veit årsaka til endringa:

«Du kan gjerne sjå at dei trekkjer seg tilbake, dei vil gjerne ikkje stå opp. Men du anar ikkje kva dei føler, når dei ikkje har sjølvrapporteringsvevne på det. Og då, då kjenner eg det i magen. Å, fy søren, så grusomt, å altså ikkje kunne forklare korleis du har det. Eg ser du har det helt shit, men eg aner ikkje korleis eg skal hjelpe deg.»

III. Samarbeid i fagfellesskapet og med dei pårørande

Samarbeid i fagfellesskapet og samarbeid med pårørande blir nemnt som utfordringar i fokusgruppene. Nokre tenesteytarar gjev uttrykk for at dei har kompetanse om aldring, men strever med å gjere seg nytte av og bruke denne kompetansen. Dei grunngjev dette blant anna med manglande felles haldningar og forståing hjå kollegaer i butiltaket. Dei fortel at ulikskap i kunnskap, haldningar og verdiar blant kollegaer skaper utfordringar og påverkar det daglege omsorgsarbeidet. Dette kan gjelde krav til deltaking og aktivitet i kvardagslivet til den enkelte bebuaren. Bortimot alle tenesteytarane etterlyser felles arenaer og treffpunkt for dialog og diskusjon om utfordringar som er knytte til aldring.

Samarbeid med pårørande peiker mange av tenesteytarane på som ein viktig ressurs i det daglege omsorgsarbeidet. Samstundes nemner dei fleire utfordringar i samarbeidet og dialogen med pårørande, som at pårørande og tenesteytarar ofte ser og tolkar teikn på aldring ulikt. Nokre tenesteytarar gjev uttrykk for at dei føler seg mistrudde av pårørande og må tole kritikk for jobben dei gjer:

«Og det og så oppleve at pårørande ikkje lenger har tru på den jobben som blir gjort, fordi at personen har endra seg. Og då er det jo ofte personalet sin feil.»

Éin tenesteytar tek opp at det kjennest som eit tabu å snakke om tidleg aldring med pårørande. Dette er nærmast skamfullt å snakke om:

«Jo, jo, dei hadde jo høyrte det, men det gjeld jo dei andre og ikkje ho. Altså, sant? Det er litt det ... Det er jo sikkert vanskeleg å akseptera at nokon byrjar å koma i ein aldringsprosess når dei er 35 år.» (...) «At det, det er nesten som å banne i kyrkja av og til, og så tenkje at det kan vere ei forklaring.»

IV. Lite koordinerte og tilpassa tenestetilbod

Å tilpasse tenestetilbodet individuelt til bebuarar i tråd med aldringsendringar er noko tenesteytarane skildrar som krevjande. Mange gir uttrykk for at personar med utviklingshemming som blir eldre, ikkje passar inn i systema og strukturen for tenestene i kommunen. Éin tenesteytar fortel om ein bebuar med Downs syndrom og demens. Tenesteytaren møtte opp i ei demensgruppe i kommunen sin for å få meir kunnskap om demens:

«Og så fekk eg beskjed om at eg trong ikkje vere her, for det var jo ei gruppe med psykisk utviklingshemma eg kom ifrå. Og difor fekk ikkje eg vere med, eigentleg på den, for det gjaldt berre dei på sjukeheim.»

Tenesteytarane gjev samstundes uttrykk for at dei har lite kjennskap til og innsikt i kommunale planar og retningslinjer når det gjeld aldring hjå bebuarane i butiltaka. I famigljøa deira blir det diskutert om den enkelte aldrande bebuaren skal halde fram med å bu i eigen heim eller flytte til sjukeheim. Behovet for tryggleik der ein bur, kontra det å flytte til ein framand plass er vurderingar som særleg blir diskuterte. Fokusgruppene skildrar ulike syn og ulik praksis i dei fire kommunane som er representerte i studien.

I fokusgruppene kjem det til syne ulik praksis når det gjeld kor lenge aldrande personar med utviklingshemming bør ta del i arbeid eller andre aktivitetar. Nokre tenesteytarar gjev uttrykk for at bebuarane bør vere lengst mogleg i arbeid, dagtilbod eller annan aktivitet, medan andre meiner det er viktig å trappe ned og avslutte etter kvart som bebuarane blir eldre. Samstundes gjev mange tenesteytarar uttrykk for uro for ei slik nedtrapping. Dei fryktar at bebuarane skal kjenne seg isolerte og einsame, og at mangelen på alternative tilbod i butiltaka kan framskande aldringsprosessen:

«Blir du i leilegheita, så har du lett for å bli gammal, som me seier. Enn å ha noko å gå til kvar dag.» (...) «Då er det så fort gjort, viss ikkje dei har nokon rundt seg, så blir dei sitjande, og då er dei gamle med ein gong. Eg trur ikkje dei evnar å tenkje sitt eige beste.»

Tenesteytarane gjev uttrykk for at det i hovudsak er dei økonomiske rammene i kommunen som styrer dette, og i liten grad behova til den enkelte bebuaren.

V. Å stå i skvis

Tenesteytarane gjev fleire døme på at dei kjenner på krav og på eit stort ansvar i arbeidet sitt. Dei føler dei står i ein skvis på fleire områder; mellom overordna krav til tenestene, tilgjengelege ressursar, bebuarane sine rettar og behov, samt pårørande sine forventningar til tenestene. I tre av fokusgruppene fortel tenesteytarane om at nedskjering og reduksjon av ressursar har ført til lågare kvalitet i tilbodet til den enkelte bebuaren. Tenesteytarane gjev uttrykk for avmakt, hjelpeløys og ei kjensle av ikkje å strekke til i møte med behova til den enkelte. Fleire fortel at dei tøyser grenser og gjev mykje av seg sjølve:

«Og dei grensene blir tøygde. Altså, gir me, så håper dei me gir meir. Og det er jo omorganisering i kommunen òg. Me har mista ei stilling, og det kan vere me mister ei stilling til.»

Fleire tenesteytarar erfarer også å stå i skvis mellom yngre og eldre bebuarar i det same butiltaket. Når helsesituasjonen blir forverra på grunn av aldring, må til dømes urolege og forvirra enkeltbebuarar prioriterast før andre:

«Viss me til dømes får ein brukar som blir så urolig som mange blir når dei blir eldre, så blir dei andre også veldig urolige. Dei går ut og går rundt, og altså, du på ein måte gjerne må sitja og passa på dei. Så er det jo klart at det blir jo ei kjempeutfordring i høve til dei andre, at det blir mindre på dei andre. Det kjem jo litt an på kva utfordringa blir, då, eller kva problemet blir, om me kan kalla det for eit problem. Så, eh..., men mykje handlar jo om pengar.»

Diskusjon

Denne studien set søkelyset på utfordringar som tenesteytarar i kommunale butiltak erfarer i møte med aldring hjå bebuarar med utviklingshemming. Samla viser resultatane både at det er krevjande for tenesteytarar å identifisere og forstå endringar som skjer i ein aldringsprosess for personar med utviklingshemming, og at dei opplever manglande struktur i det enkelte butiltaket og i kommunen for å kunne møte aldringsutfordringar hjå denne gruppa. I tillegg fortel tenesteytarane at dei kjenner på eit stort ansvar. Dette gjer at dei opplever å stå i skvis mellom brukarane sin rett til gode tenester på den eine sida og dei tilgjengelege ressursane i kommunen på den andre sida. Resultata blir drøfta i eit medborgarskapsperspektiv (9, 29–30, 47) og i lys av aktuell forskning om aldring og utviklingshemming (18–21, 23–24) og sentrale føringar på tenestefeltet (9, 25, 34–35).

Resultata viser òg kva utfordringar tenesteytarane møter når det gjeld å oppdage aldringsteikn hjå personar med utviklingshemming. Det kan hevdast at dette ikkje representerer ny kunnskap i feltet. Likevel er resultatane i studien urovekkande med tanke på den nasjonale satsinga på feltet dei siste åra, arbeidet for å heve kompetansen om aldring og utviklingshemming og implementeringa av kartleggingsverktøyet «Tidlige tegn» i tenestene (38). Studien kan gi grunnlag for å hevde at det i butiltak for aldrande personar med utviklingshemming ikkje er tradisjon for individuell tilpassing, personsentrering og koordinering av tenestene, noko som er i strid med både lovverk og grunnleggjande menneskerettar (9, 34–35). Dette biletet blir støtta av forskning knytt til kommunale butiltak (48–49), som peiker på at personar med utviklingshemming blir utsette for kollektiv- og gruppetenking i tenestene, noko som gjev lite rom for personsentrering og det å få vere unike medborgarar (47).

Samla sett tyder resultatane på at tenesteytarane kjenner på nedprioriteringar i kommunale omsorgstenester på dette området. For mange er det belastande å stå i skvis mellom overordna krav og tilgjengelege ressursar på den eine sida og behov og forventningar frå bebuarar og pårørande på den andre sida. Dei kan møte denne belastninga med ulike strategiar, til dømes ved å underkaste seg systemet og kompensere ved å ta på seg meir ansvar enn forventa, noko som er ein kjend strategi i mange kvinneedominerte yrke (50). Sjølv om utfordringane tenesteytarane gjev uttrykk for, er relaterte til aldring, er det òg viktig å peike på at dei strukturelle utfordringane som er knytte til samarbeid i fagfellesskapet og med pårørande, og til lite koordinerte og tilpassa tenestetilbod, og det å stå i skvis er utfordringar som òg kjem til uttrykk i andre studiar om kommunale butiltak for personar med utviklingshemming (48–49).

Gjennom å involvere pårørande tidleg og formidle kunnskap om aldring ved utviklingshemming kan ein skape betre forståing og samarbeid og dermed legge betre til rette for bebuaren i aldringsprosessen. Aldring som tema i ansvarsgruppemøte og individuell plan bør kome inn tidleg, helst før aldringa er forventa. Å introdusere kartleggingsverktøy som «Tidlige tegn – funksjonsfall og sykdom» (38) kan vere eit godt utgangspunkt for å ta opp aldring med pårørande. Foreldra og andre pårørande til personar med utviklingshemming ber ofte på livshistoria deira (19). Ved å involvere dei pårørande kan tenesteytarane få tilgang til livshistoria til den enkelte bebuaren, noko som er viktig for å kunne hjelpe bebuaren med å handtere minne og vareta identiteten sin i aldringa. Dette kan òg betre kontakten og kommunikasjonen med dei pårørande (51).

I eit medborgarskapsperspektiv (28–30) synleggjer resultatane i studien at personar med utviklingshemming i liten grad har status som aldrande medborgarar. Tenesteytarane ser ut til å vere lite medvitne på aldringa, og utviklingshemming med nedsette kognitive og kommunikative funksjonar skuggar over aldringsteikna. Lid (29) peiker på at medborgarskap blir realisert i relasjonar, i dette tilfellet i relasjonen mellom dei aldrande personane med utviklingshemming og tenesteytarane i butiltaka. Resultata støttar i stor grad opp om funna i andre studiar, som viser at personar med utviklingshemming ikkje fullt ut blir anerkjende som medborgarar (51–53). Det synleggjer at formelt medborgar-

skap ikkje nødvendigvis inneber eit reelt medborgarskap for aldrande personer med utviklingshemming (54). Manglande anerkjening av medborgarskap legg eit ekstra lag til den doble sårbarheita i møte med tenestetilbodet som Thorsen så lenge har peikt på, nemlig stigmaet i at ein både har blitt eldre og har utviklingshemming (53).

Samla sett viser studien at det trengst betre planlegging av tenester og tenesteutøving for gruppa eldre med utviklingshemming. Tenesteytarane ønsker å gje gode tilbod til bebuarane i aldring, men møter utfordringar grunna mangel

på kommunale føringar og prioriteringar på dette feltet. Mangel på godt nok tilpassa og koordinerte tenester og mangel på kunnskap og kompetanse er nok ei stadfesting av at eldre personar med utviklingshemming framleis ikkje får tenestene dei har rett på, noko som er eit klart brot på grunnleggande menneskerettar, slik rettsutvalet har teke opp (9).

Konklusjon

Thorsen viste alt i 2003 til det ho kalla ein stille akuttsituasjon på feltet aldring og funksjonsnedsettingar (31). Denne studien viser at det framleis er store utfordringar når det gjeld utviklingshemming og aldring. Dette blir òg stadfesta i nyare utgreiingar (9). Resultata frå studien tyder òg på at det framleis trengst meir kunnskap og kompetanse i kommunale butiltak på det nye feltet som utviklingshemming og aldring utgjer.

REFERANSAR:

1. Ronneberg CR, Peters-Beumer L, Marks B, Factor A. Promoting collaboration between hospice and palliative care providers and adult day services for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Omega – Journal of Death & Dying* 2015; 70(4):380-403.
2. Kåhlin I, Kjellberg A, Hagberg J-E. Ageing in people with intellectual disability as it is understood by group home staff. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2016; 41(1):1-10.
3. Kåhlin I, Kjellberg A, Hagberg J-E. Staff experiences of participation in everyday life of older people with intellectual disability who live in group homes. *Scandinavian Journal of Disability Research* 2015; 17:335-352.
4. Innes A, McCabe L, Watchman K. Caring for older people with an intellectual disability: A systematic review. *Maturitas* 2012; 72(4):286-295.
5. Folkestad L. Veiledning om multifunksjonshemming og aldring. Veiledningsstrategier i møte med personale som gir hverdagstjenester til aldrande personer med medfødt multifunksjonshemming. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2003.
6. Bowers B, Webber R, Bigby C. Health issues of older people with intellectual disability in group homes. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2014; 39(3): 261-269.
7. Eiane GH. Utviklingshemming og aldring. Ein kvalitativ studie om utfordringar for tenesteytinga. Master thesis. Oslo: VID vitenskapelige høyskole, 2017.
8. World Health Organization (WHO). ICD-10, Version: 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> (15.10.2016)
9. Noregs offentlege utgreiingar. NOU 2016:17. På lik linje. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet; 2016.
10. Larsen FK, Wigaard E. Utviklingshemming og aldring: en lærebok (2. rev. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2014.
11. Larsen FK, Solberg KO. Epidemiologi. I: Larsen FK, Wigaard E. Utviklingshemming og aldring: en lærebok. (2. rev. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2014:46-57.
12. Sandberg S, Ahlström G, Kristensson J. Patterns of Somatic Diagnoses in Older People with Intellectual Disability: A Swedish Eleven Year Case-Control Study of Inpatient Data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2017; 30 (4): 786-786.
13. Robinson LM, Dauenhauer J, Bishop KM, Baxter JA. Growing Health Disparities for Persons Who Are Aging With Intellectual and Developmental Disabilities: The Social Work Linchpin. *Journal of Gerontological Social Work* 2012; 55 (2): <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1080/01634372.2011.644030>
14. Engeland J, Kittelsaa A, Langballe EM. How do People with Intellectual Disabilities in Norway Experience the Transition to Retirement and Life as Retirees? *Scandinavian Journal of Disability Research* 2018, 20(1): 72–81.
15. Westerberg TH. Eldre personer med utviklingshemming. En nasjonal kartlegging av botilbud og forekomsten av demens- og kreftsykdommer. Rapport. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2013.
16. Gjøre L, Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2015.

17. Bugge ED, Thorsen K. Utviklingshemning og aldring: utfordringer når vertskommunebeboerne blir eldre: levekår og livssituasjon. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2004.
18. Kåhlin I. Delaktig (även) på äldre dar. Åldrande och delaktighet bland personer med intellektuell funktionsnedsättning som bor i gruppbostad. Linköping University, NISAL – National Institute for the Study of Ageing and Later Life. Linköping: University, 2015. <http://www.funkaportalen.se/upload/14579/FULLTEXT01.pdf> (27.02.2017)
19. Thorsen K. Mennesker med utviklingshemming og livsberetninger om livsløp og aldring. I: Thorsen K, Jeppsson-Grassman E, red. Livsløp med funksjonshemming. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2012:158-192.
20. Thorsen K, Olstad I. Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemming. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2005.
21. Kåhlin I, Kjellberg A, Nord C, Hagberg JE. Lived experiences of ageing and later life in older people with intellectual disabilities. *Ageing & Society* 2015; 35(3):602-628.
22. World Health Organization (WHO). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> (28.10.2018)
23. Coppus AMW. People with intellectual disability: What do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental disabilities research reviews* 2013; 18:6-16.
24. Wilkinson H, Janicki MP. Internasjonal forskning om eldre med utviklingshemming. I: Larsen FK, Wigaard E, red. Utviklingshemning og aldring (2. rev. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2014:57-67.
25. Meld. St.45 (2012-2013). Frihet og likeverd: om mennesker med utviklingshemming. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
26. Steinsland T. Utfordringer: når personar med utviklingshemming blir eldre. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2005.
27. Marshall TH. *Citizenship and Social Class*. I: Marshall TH, red. *Citizenship and Social Class and Other Essays*. USA: Cambridge University Press, 1950.
28. Boje TP. *Civilsamfunn, medborgerskap og deltagelse*. København: Hans Reizels Forlag, 2017.
29. Lid I M. Forestillinger om medborgerskap i lys av kjønn og funksjonsevne. *Tidsskrift for kjønnsforskning* 2017; 41(03):187-202.
30. Lister R. *Citizenship: Towards a feminist synthesis*. *Feminist Review* 1997; 10:28-43.
31. Thorsen K. Å falle mellom alle stoler? Om aldring blant funksjonshemmede mennesker. *Nordisk sosialt arbeid* 2003; 1(23):46-55.
32. Langballe EM, Skorpén SL, Larsen FK, Engeland J, Kristiansen L et al. Får eldre med utviklingshemming god nok helseoppfølging? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2017; 137(14/15):997-998.
33. Hansen T, Skutle O. Kompetanseutvikling hos tjenesteytere. Eldre med utviklingshemming i bofellesskap. Tønsberg: Forlaget aldring og helse, 2009.
34. Helsetilsynet. Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Rapport fra Helsetilsynet 4/2017. Oslo: Statens helsetilsyn, 2017.
35. Helsetilsynet. Rettsikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming. Rapport fra Helsetilsynet 2/2006. Oslo: Statens Helsetilsyn.
36. Øverland LM. God personsentrert omsorg for eldre mennesker med utviklingshemming. Tilrettelegging i et bofellesskap for eldre personer med utviklingshemming og store bistandsbehov. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2014.
37. Strydom A, Hassiotis A. Diagnostic instruments for dementia in older people with intellectual disability in clinical practice. *Aging Ment Health* 2003; 7(6):431-437.
38. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Tidlige tegn. <https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemming/temasider/tidlige-tegn/> (20.09.2017)
39. Larsen FK, Ingebrethsen L. Tidlige tegn: funksjonsfall og sykdom. Oppfølging av eldre personer med utviklingshemming. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2008.
40. Larsen FK. Individuell plan og registrering av tidlige tegn på sykdom og funksjonsfall. I: Larsen FK, Wigaard E, red. Utviklingshemning og aldring. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2014: 314-330.
41. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
42. Halkier B. Fokusgrupper. Fredriksberg: Samfundslitteratur, 2016.
43. Norsk senter for forskningsdata (NSD). <http://www.nsd.uib.no/> (17.06.2018).
44. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget, 2013.
45. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
46. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utg.). Oslo: Abstrakt, 2010.
47. Hvinden B. Key findings & recommendations (from the EU FP7 project DISCIT (2013-2016)). Presentation for the Disability High Level Group, 9. juni 2016. DISCIT, European Disability Forum. <https://blogg.hioa.no/discit/files/2016/07/DISCIT-PRESENTATION-DISABILITY-HIGH-LEVEL-GROUP-FINAL-090616-HVINDEN.pdf> (06.05.2017)
48. Folkman AK, Gjermestad A, Luteberget L. Innsyn i et stort og samlokalisert bofellesskap for utviklingshemmede. SOR rapport nr. 4, 2013. Oslo: Stiftelsen SOR.
49. Kittelsaa A, Tøsebro J. Store bofellesskap for personer med utviklingshemming. NTNU. Trondheim: Samfunnsforskning AS, 2011.
50. Vike H, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R, Bakken R. Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.
51. Ellingsen KE. Helseoppfølging av personer med utviklingshemming. Rapport fra NAKU, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. http://naku.no/sites/default/files/Helserapport_0.pdf (27.02.2017)
52. Kåhlin I, Kjellberg A, Hagberg JE. Choice and control for people ageing with intellectual disability in group homes. *Scandinavian journal of occupational therapy* 2016; 23: 127-137.
53. Thorsen K. Funksjonshemming og aldring. Teorier og tiltak mellom tradisjoner, fagfelt og fløyer. I: Krüger RE, Haugen PK, red. Å leve med demens: erfaringsbasert utvikling av tilbud. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2008:217-232.
54. Strømsnes K. Folkets makt. Medborgerskap, demokrati, deltagelse. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.

Tilbud for pårørende til personer med demens

DEMONSPLAN
2020

Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet ansvar for gjennomføringen av en rekke tiltak. Målet er at deltakerne skal få kunnskap og støtte og mulighet til å dele råd og erfaringer med andre i samme situasjon. Spesialisthelsetjeneste, kommuner, Nasjonalforeningen for folkehelsen og andre frivillige organisasjoner er samarbeidspartnere i arbeidet.



Pårørendeskoler og samtalegrupper

Tilskuddsordning for etablering og drift. Kommuner og spesialisthelsetjeneste kan søke om midler. Det oppfordres til samarbeid med frivillige organisasjoner.



Møteplass for mestring – Demens midt i livet

Landsdekkende kurs for yngre personer med demens sammen med en nær pårørende, fortrinnsvis ektefelle/partner. Det arrangeres seks kurs lagt til landets helseregioner som går over to til tre dager med overnatting. I tillegg planlegges et kurs for deltakere med samisk språk og kulturbakgrunn.



Tid til å være ung? – Når mor eller far har demens

Landsdekkende helgekurs for ungdom/unge voksne i alderen 18-30 år. Kurset går fra fredag til søndag og arrangeres årlig to steder i landet.



Hvem ser meg? – Når mamma eller pappa har demens

Landsdekkende sommerleir der barn under 18 år deltar sammen med frisk forelder eller annen ressursperson. Leiren arrangeres årlig og går over tre til fire dager.



Møt Huske på
www.hvemsermeg.no

Følg med på kriterier og satser for tilskudd til pårørendeskoler og samtalegrupper, datoer og påmelding til landsdekkende tilbud, e-læringskurs, tema-ark, filmer og annen nyttig informasjon: www.aldringoghelse.no/demens/paarørende, og på nettsidene for barn og unge: www.hvemsermeg.no og www.tidtilåværeung.no

 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste



LANDSKONFERANSEN I ALDERSPSYKIATRI 2019

Kristiansand
6.-8. mai

Landets ledende tverrfaglige møtested for den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten. Konferansen er også aktuell for leger og helsepersonell som jobber med alderspsykiatriske problemstillinger blant eldre i kommunehelsetjenesten og i distriktpsykiatriske sentra (DPS).

Plenumsforedrag om

- Aldring – vitalitet og mangfold
- Vold og overgrep – Søvn og søvnvansker
- Forskningsnytt

Parallellsesjoner om

- Eldre pasienter med innvandrerbakgrunn
- Miljøterapi ved alderspsykiatriske sykdommer

Påmelding: aldringoghelse.no/landskonferansen

 **SØRLANDET SYKEHUS**

 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste

 **SYKEHUSET I VESTFOLD**



FAGSKOLE

To studietilbud for helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivitører

DEMENSOMSORG
OG ALDERSPSYKIATRI

UTVIKLINGSHEMNING
OG ALDRING

Opptaket starter 1. mars. Studiet starter i august



www.aldringoghelse.no/fagskole



SKANN RETT
TIL NETTSIDEN

Velkommen til våre kurs og konferanser!

For oppdatert informasjon om det enkelte kurset/konferansen henviser vi til Kursoversikten på hjemmesiden vår, <http://www.aldringoghelse.no/kurs-og-konferanser>. Her legges kursinvasjoner med program ut fortløpende – og det er mulighet for direkte nettpåmelding.

Kurs og konferanser 2019

KURSPERIODE	TEMA	STED
MARS		
28. mars	Utfordringer i dagaktivitet og arbeid	Oslo
APRIL		
8.–9. april	Geriatrikongressen 2019	Oslo
MAI		
6.–8. mai	Landskonferanse i alderspsykiatri	Kristiansand
SEPTEMBER		
10.–11. sept.	Hukommelsesesteam konferanse	Oslo
17.–18. sept.	VPM kursholderkurs	Oslo
OKTOBER		
15. okt.	Alderspsykiatri i praksis	Oslo
24.–25. okt.	VII. Norske kongress i aldersforskning	Fornebu
NOVEMBER		
5.–6. nov.	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
13. nov.	Temakonferanse om aldring og utviklingshemning	Oslo
14. nov.	Miljøarbeid og tilrettelegging i eldre år	
	Temakonferanse Hjemmetjenestene for eldre i dag og i fremtiden. Fra kunnskap til praksis	Oslo
DESEMBER		
3.–4. des.	Demensdagene 2019	Oslo



Skriv for Tidsskriftet aldring og helse

Tidsskriftet aldring og helse publiserer artikler fra Aldring og helses fagområder; demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne. Vi mottar og vurderer fagartikler, kommentarer, kronikker og debattinnlegg. For å gjøre stoffet tilgjengelig for flest mulig, oppfordres forfatterne til å holde seg til et lett forståelig språk.

Retningslinjer for fagartikler

Fagartikler i Tidsskriftet aldring og helse skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis, for eksempel noe forfatter(ne) har fordypet seg i under videreutdanning, eller i forbindelse med et prosjekt. En fagartikkel formidler perspektiver, forståelse, erfaring og ny kunnskap. Artiklene kan være friere i formen enn vitenskapelige artikler.

Fagartikler kan bygges opp slik:

Inngress/innledning som presenterer hovedbudskapet i artikkelen (25-35 ord med uthevet font).

Bakgrunn	Resultater
Mål	Drøfting
Metode	Implikasjoner for praksis
Analyse	Konklusjon

Faglig vurdering

Innsendte artikler vurderes av minst to medlemmer i redaksjonskomiteen. Redaksjonen forbeholder seg retten til å avslå artikler som ikke møter kriteriene for å bli godkjent som fagartikkel. I noen tilfeller kan forfatteren bli bedt om å endre/redigere og forkorte manuskriptet.

Kommentarartikler, debattartikler og kronikker

Tidsskriftet vil være et forum for refleksjon og debatt om aktuelle temaer fra våre fagområder. Kommentarer, kronikker og debattartikler bør ikke overskride 2000 ord.

Oppsett

Manuset skal være i 12 pkt Times New Roman og med dobbel linjeavstand. Max antall ord er 2800 (15 000 tegn med mellomrom), uten referanser og tittelside/forfattere. Det bør ikke være flere enn 20 referanser.

Tittelside skal inneholde tittelen på artikkelen og navn, tittel og arbeidssted på forfatterne. Oppgi kontaktperson for artikkelen og dennes e-postadresse.

Send artikkelen til tidsskriftets redaktør Bente Wallander, med e-postadresse bente.wallander@aldringoghelse.no, eller ta kontakt på telefon +47 922 962 51.

Avslutter vitenskapelig publisering

NB!

Fra og med 10. mars 2019 avsluttes Tidsskriftet aldring og helses mottak av nye vitenskapelige artikler. Artikler som er under arbeid må sendes til vitenskapelig redaksjon senest 10. mars. Artikkelen mottas på adressen fagredaktor@aldringoghelse.no.

Godkjente artikler som mottas før fristen, eller er i prosess, publiseres i løpet av 2019.

Referanser

Litteraturhenvisningene i Tidsskriftet aldring og helse følger i hovedsak såkalt «Vancouver style». Referansene nummereres fortløpende i den rekkefølgen de første gang forekommer i teksten. For fullstendig forfatterveiledning, se www.tidsskriftetaldringoghelse.no

Eksempler på oppsett av referanser:

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

Kirkevold Ø, Sandvik L. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19: 980-988.

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

Rugås L, Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. Sykepleien 2003 (6): 34-37.

Supplement til tidsskrift:

Conley R: Risperidone side effects. Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61 (suppl 8): 20-23.

Bok:

Laake K. Geriatri i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.

Kapittel i bok med flere forfattere:

Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. I: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, red. Clinical Geropsychology. Washington DC, American Psychological Association, 1998: 109-127.

Rapporter:

Rykkje L, Gjellestad Å et al. Munn- og tannstell på sykehjem. Vurdering av effekten av undervisning, hjelpemidler og rutiner. Undervisningssykehjem Rapport nr 1/03. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, 2003.

Offentlige publikasjoner:

Norges offentlige utredninger. Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) NOU 1992: 8.

Ot.prp.nr 40 (1986-87). Om lov om endring i lov 19. november nr. 66 om helsetjenesten i kommunen mm. Miljørettet helsevern i kommunene.

St.meld. nr. 40 (1987-878). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Avhandling:

Bergland Å. Trivsel i sykehjem. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

Artikler fra internett. (I tillegg til forfatter og artikkel må nettadresse og dato for nedlasting angis):

Anonym. Alois Alzheimer. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/177.html> (13.05.2006)

REDAKTØR

Bente Wallander
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf.: 922 96 251
bente.wallander@aldringoghelse.no

REDAKSJONSSEKRETÆR

Toril Utne
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
toril.utne@aldringoghelse.no

VITENSKAPELIG REDAKSJON

Sverre Bergh, *cand.med., postdoktorstipendiat, vit. red.*

Cathrine Arntzen, *ergoterapispes. i eldres helse, ph.d.*

Øyvind Kirkevold, *professor dr.philos. vit. red.*

Anne Marie Mork Rokstad, *postdoktor, sykepleier*

Kontakt vitenskapelig redaksjon:

fagredaktor@aldringoghelse.no

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

Ole Kristian Grønli, *ph.d./overlege, Alderspsykiatrisk seksjon –
Unn Tromsø, 1. amanuensis UiT Norges Arktiske Universitet*

Torhild Holthe, *ergoterapispesialist, stipendiat Nasjonal
kompetansetjeneste for aldring og helse*

Ellen Melbye Langballe, *ph.d., samfunnsviter, fagsjef for
områdene funksjonshemming og utviklingshemning, Nasjonal
kompetansetjeneste for aldring og helse*

Harald A. Nygaard, *prof. emeritus, Institutt for global helse og
samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

Claudia Rodriguez-Aranda, *førsteamanuensis Institutt for
psykologi, Universitetet i Tromsø*

Marit Tveito, *ph.d., seksjonsoverlege Diakonhjemmet Sykehus,
Alderspsykiatrisk avd.*

Allan Øvereng, *sykepleier, prosjektleder, Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse*

www.tidsskriftet.aldringoghelse.no

TIDSSKRIFTET aldring og helse

Tegn
abonnement

4 UTGAVER
ÅRLIG

For kun kr
420,-

Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:

butikk.aldringoghelse.no/tidsskriftet

E-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no

Tlf.: 922 96 251 eller 33 34 19 50

Abonnementet gjelder fram til det sies opp skriftlig.



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

Vi arbeider etter
Vær Varsom-plakatens regler
for god presseskikk.

presse.no

Den som mener seg rammet av urettmessig publisering, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et klageorgan oppnevnt av Norsk Presseforbund som behandler klager mot mediene i presseetiske spørsmål.

Adresse: Rådhusgt 17
0158 Oslo
Tlf: 22405040
E-post: pfu@presse.no



Den sjuende norske kongress i aldersforskning Aktive eldre og aktiv aldring

24. – 25. oktober 2019 – Quality Hotel Expo, Fornebu

Hensikten er å bygge bro mellom personer og fagmiljøer som arbeider med forskning og utviklingsarbeid om aldring og eldre. Det samlede temaet er «Aktiv aldring».

For mer informasjon: www.fhi.no/aktivaldring



Norsk selskap for
ALDERSFORSKNING

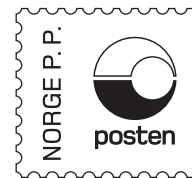


Foto: Martin Lundsvoll

Helt til slutt Professor emeritus og seniorforsker Knut Engedal ved Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse ble i februar tildelt Nasjonalforeningen for folkehelsens Demensforskningspris 2019. Juryen roste prisvinneren for å ha vært en pionér og nestor innen norsk demensforskning. Engedal var Norges første professor i geriatri, men har også spesialisering i alderspsykiatri. Gjennom sin banebrytende forskning og andre forskningsrelaterte aktiviteter har han i mer enn 30 år bidratt til at demens som forskningsfelt har blitt nasjonalt og internasjonalt anerkjent.

H.M. Kong Harald (t.h.) overrakte Nasjonalforeningens demensforskningspris til Knut Engedal og Hjerteforskningsprisen 2019 til professor Torbjørn Omland (t.v.).

www.aldringoghelse.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG