

TIDSSKRIFTET **aldring og helse**

AKTUELT – Trøbbel med transport

FAG – Hørselshallusinasjoner

YTRING – Hvordan leve hele livet



AKTUELT TEMA:
Dagaktiviteter

8



12



16



28



AKTUELT

- 4 HUNTING for bedre eldrehelse
- 8 Løser akutte alderspsykiatriske behov
– helst før de oppstår
- 10 Akutt tilbud til eldre med psykiske lidelser
- 11 En utfordring for flere
- 12 Kronikkforfatterens oppfordring:
– Ta slekt og venner i bruk
- 15 Langsomt blir dagtilbudene til
- 16 Lynghaug aktivitetssenter: Der dagene er gode
- 19 Trøbbel med transport
- 21 – spennende og utfordrende
- 26 www.depresjonhoseldre.no
– Alt du vil vite om depresjon
- 28 Kultur og hjernehelse
Sex & Drugs & Rock & Roll = sant
- 36 Demensomsorgens ABC i ny drakt
Kariann Krohne

YTRING

- 13 Stimulering og aktivisering
Rune Samdal
- 23 Hva skal til for at vi kan *Leve hele livet*?
Kari Midtbø Kristiansen
- 25 Leve hele livet
Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen

BOKANMELDELSE

- 30 «Fuglene flyver i flok» – En bok om aksjonsforskning,
læring og praksisutvikling
Kirsten Thorsen

FAG

- 32 Opplevelse og mestring av hørselshallusinasjoner
Signe Tretteteig og Maria Barca

VITENSKAP

- 31 Eldres helse – og hvordan den kan utvikle seg
Disputas Joakim Oliu Moe



Næring for livet

Kommentarene om den planlagte eldrereformen *Leve hele livet*, som kan leses i denne utgaven av tidsskriftet, leder oss tettere inn på stortingsmeldingens intensjoner og mål. Mat og måltider er et sentralt tema. Fellesskap rundt måltidene skal motvirke feil- og underernæring, og lokale kjøkkenløsninger fram- snakkes. «Det skal dufte mat i gangene», sier eldreminister Åse Michaelsen, som ved de gode eksemplenes makt vil inspirere kommunene til å tenke nytt. Det er å håpe at hun lykkes! Leve hele livet kan bli det redskapet vi trenger for å tette gapet mellom visjoner og virkelighet i norsk eldreomsorg. Men gratis er det ikke å snu utviklingen. Det må politikerne også forstå.

Mat og måltidsopplevelser er ikke det eneste som kan gjøre dagene våre bedre. Forskning viser at vi profiterer på å mate hjernen med kulturinntrykk. «Kultur og helse henger i hop, fra vi blir født til livet ebber ut, også ved demens», sier stadig flere. Fra å ha fokus på de blå reseptene, har behandlerne de senere årene sett bedring både ved å skrive ut grønn omsorg og mosjon på resept. Hvis kulturpionérene får det som de vil, kan det i framtida bli like naturlig å forordne kulturinntrykk på resept. Mens kulturopplevelser kan redusere stress, vil en stresset hjerne svekke immunforsvaret vårt.

Bente Wallander

Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no

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



LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 1. juni 2018.

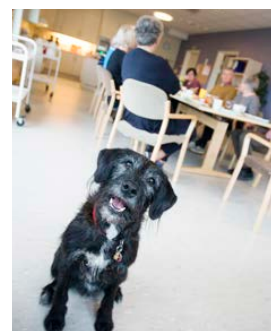
 **Fagpressen**

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.

Forsiden: Hunden Emma på
Lynghaug aktivitetssenter.
Foto: Martin Lundsvoll





HUNTING

for bedre eldrehelse

Bente Wallander (tekst/foto)

Pernille Thingstad leder HUNT4s eldrehelseprosjekt 70+. Som forsker drømmer hun ikke om å løse de store sykdomsgåtene. – Det jeg brenner for er å utvikle gode pasientforløp og bedre tjenestetilbud til pasientgrupper med sammensatte behov.

Pernille Thingstad er fra Bergen, men bor i dag midt i Trondheim sentrum. Beveget seg har fysioterapeuten gjort i både faglig og geografisk forstand. Etter turnustjenestetid i Kristiansund flyttet hun til Trondheim, der hun i ti år arbeidet med rehabilitering i kommunal regi. Fra trønderhovedstaden pendler hun til Levanger i Nord-Trøndelag for å lede det mange i dag mener er et av landets mest spennende forskningsprosjekter innen eldrehelse.

Tverrfaglig modell

Siden Thingstad tok en doktorgrad om *Gangfunksjon etter hoftebrudd. Identifisering av gangkarakteristika og intervensjoner for å optimalisere gangfunksjon* i 2015¹ har hun vært en del av forskningsgruppen for geriatri, bevegelse og hjerneslag (Geriatrics, Movement and Stroke – GeMS) ved NTNUs Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap. Her har hun fortsatt en halv stilling som postdoktor.

– Vi arbeider med forskning og utdanning på ulike områder; geriatri, aldring og bevegelse, hjerneslag, cerebral parese og bevegelse og toppidrett. Blant kollegene mine finner du alt fra leger og fysioterapeuter til ingeniører eller folk med bevegelsesvitenskapelig bakgrunn. Forskergruppen har blitt ganske stor etter hvert, vi er nå vel 60 ansatte, hvorav nesten 30 phd-ere og postdoktorer, forteller hun.

Lønnsom tverrfaglighet

Pernille Thingstads doktorgradsarbeid var knyttet til den kliniske studien *The Trondheim Hip fracture Trial*, som sammenliknet tradisjonell behandling av eldre med hoftebrudd på en ortopedisk avdeling med effekten av ortogeriatrici, der pasientene behandles av et tverrfaglig geriatrisk team. Studien ble publisert i *The Lancet*, og viste at den tverrfaglige arbeidsmodellen gav bedre funksjon, bedre livskvalitet og var billigere totalt sett i løpet av første året etter hoftebruddet. Den økonomiske gevinsten tilfalt imidlertid kommunene, mens sykehusoppholdet ble dyrere.

– Dette er nok noe av grunnen til at det, tross soleklar gevinst både for pasienter og samfunn, først nå flere år etter at studien ble gjennomført, blir opprettet en ortogeriatrisk avdeling på St. Olavs Hospital for denne pasientgruppen. Erfaringen er et godt eksempel på hvor viktig det er å se tiltaks-kjeden i sammenheng og at det er mange barrierer for implementering av forskningsresultater, sier Pernille.

Da intervjuet ble innhentet, var hun på vei til Oslo for å delta under lanseringen av nye retningslinjer for ortogeriatrici; en direkte konsekvens av studien. Pernille synes det er fint at forskningen får praktiske konsekvenser, samt at resultatene vekker interesse hos flere.

Navn	Pernille Thingstad
Alder	49 år
Familie	To «ganske» voksne barn (Henrik 21 og Ane 20)
Bor	I et gammelt hus ved elven, Trondheim
Stilling	Postdoktor i NorCOAST-prosjektet (The Norwegian cognitive impairment after stroke study), Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU Trondheim
Aktuell	Prosjektleder for 70+, et delprosjekt i den fjerde Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4) med fokus på eldres helse

1) Gait following Hip Fracture. Identification of key characteristics of gait and interventions to maximise gait recovery.

– Å få opp slike forskningsresultater som har direkte relevans for klinikken, gjør noe med statusen til hele fagfeltet. Lanseringen av retningslinjene i Oslo er fulltegnet, arrangørene opererer med venteliste. Et tilsvarende seminar for fysioterapeuter om ortogeriatr i Kristiansand nylig ble også fulltegnet. Det er artig! Denne pasientgruppen har virkelig hatt lav status tidligere, men har nå blitt «hot»!

Forebygging og sårbarhet

Identifisering av sårbarhetsfaktorer hos eldre opptar Pernille Thingstad. Ofte er det små bagateller som akselererer en funksjonssvikt hos sårbare eldre, og samtidig ofte så lite som skal til for å unngå funksjonstap.

– Det ligger et enormt forebyggende potensiale i å utvikle helsetjenester for eldre med et tydeligere fokus på å utsette funksjonssvikt og hjelpebehov. Dette i tråd med intensjonene bak reformen Leve hele livet. Ved å skifte fokus fra diagnoser og behandling til funksjonsvurderinger og forebygging kan en begynnende svikt oppdages tidlig. Ulike faggrupper har hittil hatt monopol på «sine funksjoner»; fysisk funksjon, kognitiv funksjon, ernæring, medisinsk oppfølging og pleie har vært beholdt «spesialistene». Forskningen vår viser at den tverrfaglige arbeidsmodellen bidrar til å optimalisere pasientenes helsetilstand og utsetter hjelpebehov. Prinsippene fra det vi har vist i forskningen på geriatri, ortogeriatr og slag kan også overføres til primærhelsetjenesten og i utvikling av for eksempel tverrfaglige arbeidsmodeller som hverdagsrehabilitering.

«Vi vet faktisk veldig lite om den generelle helsetilstanden i eldrebefolkningen.»

Fantastisk forskning

Pernille fascineres av det store helseforskningsprosjektet hun selv er en del av.

– Nordtrønderne har vært utrolig lojale mot undersøkelsen «sin». Nesten alle bidrar, og de fleste som var med i den første undersøkelsen er nå med for fjerde gang – 30 år eldre. Oppmøteprosenten er svært høy, de møter igjen og igjen. De utfører et kjempedignadsarbeid til beste for hele den norske befolkning, sier hun.

En fordel med Nord-Trøndelag er at det er lite ut- og innflytting. I den populasjonen Pernille arbeider med er det fortsatt 20 000 aktuelle deltakere, og 95 prosent av dem var med i én av de foregående undersøkelsene.

Prosjektet 70+ og satsingen på eldres helse er nytt i HUNT sammenheng. I tillegg til basisundersøkelsen som alle nordtrøndere gjennomfører, samles det inn tilleggsdata som er

særlig verdifulle for å beskrive eldres helsetilstand, og ikke minst forebyggingspotensiale. Målinger av ganghastighet, balanse og styrke, hukommelse og kognitiv funksjon, opplysninger om ernæringsstatus og observasjon av munnhelse er hovedelementene i undersøkelsen.

– Fra HUNT startet på 80-tallet var det fokus på hjerte-karhelse og diabetes. Dette tror man er viktige risikofaktorer både for kognitiv svikt og fysisk funksjonssvikt, noe som gjør HUNT særlig egnet til å studere hvilke faktorer som midtveis i livet, og i tidlig alderdom, påvirker helse i høy alder. Vi vet faktisk veldig lite om den generelle helsetilstanden i eldrebefolkningen. Nå skal vi for første gang få vite litt mere, blant annet gjennom Forekomststudien som Aldring og helse gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. Gjennom den vil vi for første gang få solide norske tall på forekomst av kognitiv svikt.

Flere aktuelle felt

Undersøkelsen av munnhelse og ernæring skjer i samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Midt-Norge. Dette er et nytt satsingsfelt nasjonalt og område det er knyttet forventninger til.

– Fra internasjonale studier vet vi at munnhelse påvirker generell helsestilstand, men vi vet lite om hvordan man kan bruke slik kunnskap i forebyggende arbeid, forklarer Pernille.

Helsepersonell i 23 kommuner bidrar med datainnsamling, også det en imponerende innsats.

– Jeg håper at det oppstår en overføringsverdi i form av kompetanseheving. Våre kartleggingsverktøy, både for fysisk funksjon, kognitiv funksjon og munnhelse, er veldig relevante for kommunene. Det vil i tillegg være en gevinst for deltakerkommunene å få gode tall fra egen kommune som de kan bruke i sin tjenestepanlegging.

Jakter Gull-HUNTerne

Målsettingen for HUNT4 er å samle data fra totalt 60 000 personer, hvorav det for Pernilles prosjekt 70+ forventes rekruttert 10–12 000 deltakere.

– For å oppnå det gjør vi en liten ekstrainnsats. Vi tilbyr blant annet hjemmebesøk, og samler data på sykehjem. Dette tror vi er en forutsetning for å få alle Gull-HUNTerne inn, de som nå får sjansen til å delta for fjerde gang, forteller Pernille.

Forskerne har fått vide fullmakter. Deltakerne gir et bredt samtykke til framtidig forskning.

– Dette gir oss muligheter til å få med deltakere som speiler hele den eldre befolkning, fra de mest skrøpelige på sykehjem til de aller sprekeste som kommer på feltstasjonen. Det har vært et problem i tidligere undersøkelser at man har mistet de eldste og dem med dårlig helse. Dette er et etisk dilemma, de mest sårbare gruppene kan ikke tilbys forskningsbasert behandling og oppfølging om de ikke får mulighet til å delta i slike undersøkelser. Nordtrønderne oppfattes i utgangspunktet som ganske representative, men det har vært en svakhet at vi har manglet en bybefolkning. Fra høsten av vil vi derfor gjøre en egen Trondheim 70+.

Farlig fremmedgjøring

– Jeg håper at det materialet vi nå samler inn i HUNT brukes til forskning som bidrar til å utvikle bedre helsetjenester og nye arbeidsmodeller, sier Pernille.

Forskjellene i helse øker i Norge, ulikhetene i eldres helse vil også øke.

– De viktigste forklaringsfaktorene er sosioøkonomiske forhold, fortsetter hun: Det er enklere å gjøre sunne valg med høy utdanning og god inntekt, man tåler til og med bedre å leve usunt om man har fått et bedre utgangspunkt i livet. Skal vi bedre helsen for de eldre som er mest sårbare

er det ikke pekefingeren men et godt helsevesen vi trenger. Vi ser i dag en farlig fremmedgjøring, der folks helse forsøkes betraktet fra individnivå. Vi må derfor være bevisste i vår holdning til helse; det er viktig å formidle at den er et samfunnsansvar. For å påvirke utviklingen i den ene eller andre retningen må vi endre ting på systemnivå.

En forening av ulike fagdisipliner er etter Pernilles mening en forutsetning for å kunne møte sårbare grupper:

– Slagpasienter, pasienter med hoftebrudd og de som har kognitiv svikt er ofte de samme personene. Dette er grupper som gjerne har sammensatt problematikk, lite reserver og er sårbare. Da ser man veldig tydelig hvor mye miljøfaktorene og omgivelsene har å si, enkle ting som måltidsrutiner, bryte inaktivitetsmønstre og etablere strukturer som raskt fanger opp endringer i helsetilstand og funksjon.

Måler det meste

Teknologien gir nye muligheter i forskningen. Målinger av hverdagsaktivitet med sensorer er nytt i HUNT4. På tross av at folk i dag trener mer, er vi trolig mere inaktive i hverdagen, og dette er nå en av de store truslene mot folkehelsen.

– HUNTerne har derfor aktivitetsmålere på seg – alle sammen. Vi begynner å få en del data på deres hverdagsaktivitet nå. I ortogeriatristudien fant vi store forskjeller på aktivitetsmønster gjennom dagen mellom ortopedisk avdeling og ortogeriatrisk avdeling. På geriatri var det aktivitet i små bolker gjennom hele dagen, i motsetning til ortopedisk avdeling, hvor pasientene hadde svært lange perioder sittende eller liggende. Dette tolker vi som et resultat av den tverrfaglige team-modellen hvor mobilisering var et felles ansvar og innbakt i rutiner og pleieplan. Dette er en ny type data som gir oss helt andre muligheter til å se hvordan hverdagsaktivitet og omgivelsesfaktorer påvirker helsen, og som kanskje også kan bidra til nytenking på eldrefeltet, tror Pernille.

Økonomisk gevinst

I arbeidet med eldre er det gjerne en gevinst at noe ikke skjer, å klare å bevare funksjoner i stedet for å tape. Men en slik forebyggende effekt kan være vanskelig å dokumentere i vanlig klinisk arbeid.

– Forskningen vår har vist at det ikke koster mer, faktisk mindre, å investere litt mer ressurser i enkelte deler av tiltakskjeden for å spare det inn senere. En slik gevinst av å øke ressursinnsatsen på noen områder er viktig kunnskap for beslutningstakere som skal prioritere knappe midler. Å inkludere helseøkonomi i forskning på eldrefeltet er viktig.

Når beslutningstakere og andre ser at det lønner seg å endre noe, blir man også lyttet til. For de eldre selv betyr det at de kan bo hjemme og klare seg selv lenger. Det dreier seg om livskvalitet. På kommunenivå er nok den store utfordringen å bygge opp bredde og handlingskompetanse.

– Tiltak igangsettes ofte for sent. Helsepersonell som ser de gamle i hverdagen har helt andre forutsetninger for å fange opp endringer i helsetilstand og funksjon tidlig. Det skal ofte så lite til for å komme ut av en ond sirkel. Men det krever nysgjerrighet, kompetanse og troen på at det nytter å gjøre noe.

Atypisk yrkesvalg

Fysioterapeuten Pernille har for tiden «permisjon». Yrkesvalget var ifølge henne selv ikke særlig innlysende.

– Jeg er jo en atypisk sådan, ettersom jeg aldri har drevet med idrett og ikke er interessert i sport. Mens jeg studerte jobbet jeg i rusomsorgen. Jeg studerte psykologi og biologi samtidig som jeg arbeidet som pleiemed-



Pernille Thingstad trives som forskningsleder.

hjelper på Blå Kors, og trivdes egentlig veldig godt med det. Det var litt tilfeldig at det ble fysioterapi. Da jeg senere arbeidet med dag- og døgnrehabilitering så jeg at det stort sett dreide seg om eldre hele veien. Vi begynner å få til ganske mye på eldrefeltet nå, men det er fortsatt så mye ugjort. Forskningen er i den forbindelse viktig! Den øker også eldrefeltets status, slik at vi får flere dyktige folk inn.

Har du drømmejobben nå?

– Vet ikke helt, det er i hvert fall veldig artig for en periode. Men hjertet mitt har jeg fortsatt i primærhelsetjenesten. Jeg syns jo at jeg på mange måter er privilegert som har fått muligheten til å være med på store og viktige prosjekter, og også til å påvirke både eldrefeltet, fysioterapifaget og hvilken rolle vi som fysioterapeuter skal ha framover. Prosjektene jeg er tilknyttet har vært veldig tett knyttet til praksisfeltet, og i samarbeid både med avdelinger på sykehuset og kommunehelsetjenesten, så jeg føler ikke at jeg helt har forlatt fysioterapeuten i meg..., kanskje snarere tvert imot.

Hva gjør du når du ikke er på jobb?

– Jeg bor sammen med sønnen min i et hus som familien har hatt i flere generasjoner. Datteren min har flyttet hjemmefra for å studere. Å ta vare på huset og den gamle hagen med roser krever sitt. Jeg slapper gjerne av, ofte med ei bok. Eller tar en fjelltur, jeg liker å bevege meg i naturen. Trollheimen er mine fjell, der har vi også ei hytte. Og så har jeg en kajakk i hagen.

«Eldre pasienter som har behov for innleggelse for øyeblikkelig hjelp, bør på lik linje med andre voksne pasienter legges inn i akuttpsykiatriske avdelinger, eventuelt ved døgnposter i DPS. Pasienter med tilstander preget av særlig utfordrende uro og utagering, bør innlegges i akuttpsykiatriske avdelinger. Ved akutte innleggelser i DPS eller akutt avdeling for pasienter med klar eller mistenkt alderspsykiatrisk problemstilling, bør det så raskt som mulig vurderes overføring til alderspsykiatrisk avdeling»

(Kilde: IS 2099 Veileder Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre)

Løser akutte alderspsykiatriske behov – helst før de oppstår

Bente Wallander (tekst/foto)

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus behandler psykisk syke eldre i subakutt fase. Pasientene legges inn etter å vurdering ved Psykiatrisk akuttmottak, Bergen.

Vurdering og akuttbehandling av psykisk syke eldre skjer i Bergen ved Psykiatrisk akuttmottak (PAM). Men pasientene blir ikke værende lenge her. Mange kan skrives ut ganske raskt, andre sendes til videre behandling. Avgjørelser tas i samråd med de aktuelle behandlingsstedene.

I Bergen har man to alderspsykiatriske behandlingssteder på sykehusnivå; NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Seksjon for alderspsykiatri, Klinikk for psykosomatisk medisin, Helse Bergen (HBE). Andre aktuelle utskrivningsenheter er distriktskykiatriske sentra (DPS), samt stemnings- og psykoseavdelingene ved Haukeland universitetssykehus.

Utvidet faglig rom

Til det private sykehuset NKS Olavikens faglige profil hører å tilby standard alderspsykiatrisk behandling.

– Vi har også en høy andel personer med demens og utfordrende atferd, pasienter mange anser det som vanskelig å behandle. Våre tanker om hva som kan gjøres i et alderspsykiatrisk sykehus favner nok litt videre enn mange andres, tror klinikkleder Sindre Angeltvedt.

– Noe å ta inn over seg er at jo eldre pasientene blir, jo mere sammensatte sykdomsbilder har de. Dette gir rom for mange faglige diskusjoner, det være seg om geriatri, vanlig psykiatri og/eller demensutredning. Pasienter som hører til flere steder kommer ofte ikke inn noe sted. Mottaksapparatene er gjerne innrettet etter somatikk og allmenpsykiatri.

Eldre i særstilling

Hvem er så de pasientene som behandles ved Olaviken sykehus?

– Mange havner i eldre år i utfordrende sosiale situasjoner, med tap av nettverk, nære pårørende, venner, sosial status og funksjon. Boligsituasjonen spiller inn, det er ikke alltid enkelt for en minstepensjonist å sitte alene igjen i et stort og krevende hus. Når yngre mennesker havner i en slik situasjon stiller NAV opp, det er ikke like innlysende når det gjelder eldre. En viktig del av vår jobb er derfor å få igangsatt andre instanser når det er behov.

Framtidsrettede besøk

Ved Olaviken drives også ambulerende arbeid.

– Vi vil helst være i forkant, og oppsøker derfor pasientene hjemme eller på sykehjem, gjerne sammen med en miljøterapeut. Ved å treffe pasientene der de bor får vi sjansen til både å vurdere deres behov og veilede deres hjelpere. Våre psykiatere drøfter situasjonen med fastlege eller sykehjemslege.

Hjemmebesøkene er et viktig ledd i behandlingsskjeden, og et tilbud som ofte medfører suksesshistorier.

– Vi vet at vi vil få stadig flere pasienter i tida som kommer. Det ligger store gevinster i å identifisere og hente fram utfordringene før innleggelse, både for helsevesenet og den enkelte. Det er denne måten å arbeide på som er framtida, mener Sindre.

Avtale ga resultater

Overlege Elena Selvåg har i forbindelse med det økte fokus på bedre pasientflyt sett på pasientgrunnlaget som ble overført til Olaviken sykehus fra PAM. Resultatene presenteres i en sideartikkel til denne.

– Det hele startet som en intern nysgjerrighet, forteller hun.

Spørsmålene staben stilte seg var flere: «Hvor mange av pasientene kom med henvisning fra akuttmottak? Kom de hjemmefra eller fra institusjon? Hvilke diagnoser førte til innleggelse?

– Og hva kunne vi ha gjort i forkant for å forhindre akuttinnleggelsen?» Avtalen med PAM hadde stimulert oss til å jobbe raskere enn før. Tidligere



Klinikkleder Sindre Angeltvedt og overlege Elena Selvåg.

ventet pasienten i gjennomsnitt sju døgn på å bli overført fra PAM til Olaviken, etter avtaleinngåelse tok det mellom to og fire døgn. Det var interessant å se variasjon i innleggelsesdiagnoser. Enkelte år var det mange psykoser, andre år demens med utagerende atferd. Alvorlige stemningslidelser og nevrodegenerative tilstander som Huntingtons eller Parkinsons sykdom med psykiatriske symptomer kunne også føre til akutte innleggelser.

Alvorlige tilstander

Alle kommunale instanser i Bergen har i det siste økt sin bevissthet om at jo raskere man kan skrive pasientene ut, jo bedre. De som er akuttinnlagt blir prioritert. Spesialkompetanse synes fortsatt nødvendig for å oppdage angst og depresjon hos personer med demens. Det er heller ikke lett å skille mellom en som er tidsforskjøvet og tror hun er 30 år gammel, og en som er hallusinert eller psykotisk på annen måte. Det miljøterapeutiske fordrer særlig kunnskap. Å skulle analysere uro og agitasjon med mistanke om andre årsaker enn demenssykdom det samme.

– Det er utrolig hva som kan behandles. Helhetstenkning har stor betydning i alderspsykiatrien. Eldre pasienter vil ikke være til byrde, så terskelen for å søke hjelp er ofte høyere blant dem enn hos yngre. Slike holdninger gjør seg gjeldende både i behandlingsapparatet og hos den syke selv. Men depresjon og angst kan ha like alvorlige konsekvenser som for eksempel hjerne- og hjertesykdommer, og krever like omfattende og helhetlig behandling, sier Elena, som opplever skillet mellom somatikk og psyke som svært kunstig.

Ser sammenheng

Ved plutselig utagering kartlegger og analyserer personalet ved NKS Olaviken personens situasjon.

– Da kan vi oppdage at det i forkant har vært en langsom, uoppdaget progresjon. Vi ser samtidig eksempler på at miljøet kan fremme eller dempe positive og negative symptomer, sier Sindre.

– Ved å endre miljøet rundt pasienten kan vi lindre noen plager. Andre ganger må behandling gis i samarbeid med pasientens nære, familie eller andre omsorgspersoner. Trygghet, omsorg og ivaretagelse er viktige stikk-

ord. Ved økt forståelse kan symptomer oppleves som lettere å mestre, selv om de ikke kan endres, forklarer Sindre.

Når det jobbes systematisk med pasientbehandling i sykehjem heves lokal kompetanse. Det samme blir tilfellet når psykiaterne drøfter medisiner med sykehjemslegene.

Personsentrert

Ved mistanke om psykisk tilleggspromatikk har man flere valg.

– Standardforløpet er kanskje ikke tilstrekkelig, fordi situasjonene er så sammensatt. Vi må hver gang se på denne spesielle pasienten og sette ord på hvilke hypoteser vi har. Finne behandlingstiltak spesielt tilpasset denne pasienten, det vil si personsentrert omsorg.

– Når sykehjemmet har sendt en pasient til oss er det ved utskriving viktig at det gode arbeidet fortsetter på sykehjemmet. En best mulig overføring er for oss en viktig del av forløpet, både om det som hjelper og det som ikke har nytte. Hvis sykehjem og hjemmetjeneste bare får en medisinliste må jo de begynne på nytt også. Ofte ender en dårlig gjennomført hjemssending med ny innleggelse, noe som er ugrent på flere måter.

Vi vet også at pasienter som har utagert kan skape frykt og beredskap lokalt. Vår oppgave blir å formidle trygghet framfor redsel og selvbeskyttelse. Mange kan føle seg usikre på hvordan de skal møte pasienten på en god måte. Lokal tilretteleggelse er viktig.

Akutt tilbud til eldre med psykiske lidelser

Elena Selvåg, medisinsk faglig ansvarlig overlege, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus (tekst)

Erfaringer etter fem års samarbeid mellom Psykiatrisk akuttmottak og Olaviken sykehus.

Alderspsykiatrisk spesialisttilbud i Helse Bergen opptaksområde skiller seg fra andre steder i landet. Tilbudet gis av både Seksjon for alderspsykiatri ved Psykiatrisk Klinikk som tilhører HBE, og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus som er en privat ideell virksomhet med driftsavtale med Helse Vest. Overføring av akutt innlagte eldre med psykiske lidelser fra Psykiatrisk akutt mottak (PAM) til Seksjon for alderspsykiatri har vært regulert av deres interne rutiner, mens samarbeidet mellom PAM og Olaviken sykehus tidligere var basert på muntlige avtaler på avdelingsledernivå.

For å gjøre samarbeidet mer formalisert og systematisk ble det i 2013 inngått en avtale mellom Psykiatrisk divisjon Helse Bergen og NKS Olaviken om overføring av akutt innlagte eldre pasienter med behov for alderspsykiatrisk utredning og behandling.

Mål med avtalen var:

- å sørge for at eldre pasienter med alvorlige psykiske lidelser får adekvat helsehjelp fortest mulig
- bidra til effektiv pasientflyt mellom institusjoner

Aktuelle pasientgrupper ble definert til å være:

- pasienter med demens og alvorlige tilleggssymptomer som angst, depresjon, psykose, vesentlig omfang av avvikende atferd
- pasienter med uavklart kognitiv svikt/demensdiagnose som er vanskelig å utrede innen kommunehelsetjeneste
- pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser med debut etter 65 år
- pasienter med forverring av kjente kroniske psykiatriske lidelser der det ikke er en etablert behandlingskontakt i voksenpsykiatri
- pasienter med nevrodegenerative lidelser med kognitiv svikt og/eller psykiatriske symptomer (for eksempel Huntingtons sykdom, Parkinsons sykdom)

- PAM kan søke om plass for pasienter som ikke kommer inn under ovenstående kriterier, men som vurderes å kunne nyttiggjøre seg opphold på Olaviken. Da gjelder ikke frist og prioritering som beskrevet videre.

Avtalen definerte at behov for alderspsykiatrisk utredning og behandling ble vurdert av spesialister på PAM. Disse pasientene fikk høyeste prioritering for innleggelse på Olaviken, og skulle overføres snarest mulig (fikk første ledig plass).

Overføring av pasienter til Olaviken skulle på grunn av vaktordning skje på dagtid mandag til fredag.

Det var også avklart at pasienter ikke skulle ha svært aggressiv atferd med fysisk utagering, eller ha behov for bruk av mekaniske tvangsmidler (på grunn av fysiske rammer på Olaviken).

Resultater av fem års samarbeid i tabellform:

Innleggelser

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antall innleggelser fra PAM i forhold til generelt antall innleggelser	21 (13,7%)	30 (20,5%)	31 (22,4%)	19 (11,3%)	24 (12,9%)	24 (14,7%)
Gjennomsnitt ventetid på PAM (døgn)	7,4	2,8	2,6	2,5	3,6	2,6
Hjemmefra/fra institusjon	11/10	19/11	22/8	16/3	18/6	19/5
Søkt til OLA i forkant av innleggelse på PAM	10	5	5	4	4	3
Tid fra henvisning til OLA til innleggelse på PAM (dager)	1-28	1-9	1-14	0-12	0-18	0-1

Problemstillinger/diagnoser (i prosent)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Psykoselidelser (uten kognitiv svikt)	28,5	16,6	29,0	10,5	29,1	33,3
Stemningslidelser (uten kognitiv svikt)	4,7	10,0	19,3	5,2	12,5	16,6
Andre allmennpsykiatriske lidelser	0	6,6	6,4	15,7	0	0
Nevrodegenerative lidelser med psykotiske / stemningssymptomer	47,6	43,3	32,2	36,8	25,0	12,5
Utfordrende atferd ved demens	19,0	23,3	9,6	31,5	33,3	37,5

En utfordring for flere

Bente Wallander (tekst)

I Oslo har man lenge ønsket å gi bedre akutt hjelp til personer med demens og alvorlige nevropsykiatriske symptomer. – Foreløpig har vi dessverre ikke funnet en god nok løsning, sier etatsoverlege Siri Seterelv i sykehjemsetaten, Oslo kommune.

Oppsummering

- 11–22 prosent pasienter på Olaviken har vært akutt innlagt på PAM i forkant.
- Ventetiden er for et flertall 2–4 dager.
- Et flertall av pasientene kommer hjemmefra.
- Kun et fåtall av pasientene var søkt til Olaviken før innleggelse på PAM. For de fleste var tiden mellom sendt søknad og akutt innleggelse så kort at det ville være vanskelig å starte med tiltak som kunne forhindre akutt innleggelse på PAM.
- Hyppigste årsaker til innleggelser er paranoide psykoser, psykoser som kompliserer neurodegenerativ lidelse og utfordrende atferd ved demens (oftest agitasjon/aggresjon).

Temaer til oppfølging/diskusjon

- Behov for tettere samarbeid med henvisende leger i forhold til tidligere poliklinisk/ ambulant intervensjon for henviste pasienter.
- Behov for mer informasjon om eldre pasienter med psykiske lidelser som blir akutt innlagt: Problemstilling/ diagnose? Behandling og oppfølging i kommunehelsetjeneste/andre deler av spesialisthelsetjeneste? Bo- og omsorgssituasjon? Faktorer/ situasjoner som førte til akutt innleggelse? Tiltak som kunne forhindre innleggelse?
- Pasienter som skrives ut til bosted etter innleggelse på PAM: Hva skjer med dem videre? Hvordan kan de hjelpes?

Situasjonen oppleves til tider som utfordrende.

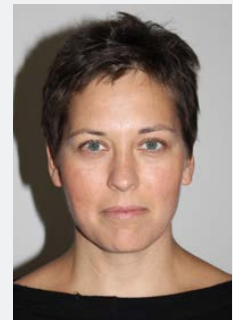
– Det er nok et mindre problem for våre sykehjemspasienter enn for hjemmeboende personer med demens. Vi har flere muligheter til å sette inn ekstra personale og skjerme pasientene på sykehjemmene, men jeg ser at det ofte blir akuttpsykiatrien som må ta akuttfunksjonen likevel, også for denne gruppen, fortsetter Siri Seterelv.

Ved akuttmottaket vegrer man seg for å ta imot eldre, psykotiske pasienter med demens.

– De sier at det ikke er det de er best på – og det skal jeg være enig med dem i. Jeg ønsker heller ikke flytte pasientene til en akuttpsykiatrisk avdeling, der det ofte er støy og uro. De er så skjøre, disse pasientene. Om de likevel må flyttes burde de gå til alderspsykiatrien med en gang.

I Oslo er det likevel, ifølge etatsoverlegen, sjelden at pasientene blir liggende lenge på akuttpsykiatrisk avdeling.

– Ventetiden har blitt mye kortere. Vi får som oftest til en avtale med alderspsykiatrien i løpet av noen dager.



Etatsoverlege
Siri Seterelv.
Foto: Privat

Yngre pasienter også

Ikke alle sykehjemspasienter er eldre. Sykehjemsetaten fikk over 2018-budsjettet bevilget midler til en 100 prosent psykiaterstilling. Disse midlene tenkes nå brukt til et samarbeid med Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling.

– Målet var å styrke omsorgen for sykehjemspasienter yngre enn 65 år med kronisk psykiatrisk sykdom. Vi har tre langtidsavdelinger for denne pasientgruppen, deriblant tidligere institusjonspasienter med kronisk schizofreni som ikke klarer seg hjemme, forteller Seterelv.

Psykiatriske pasienter får somatiske komplikasjoner tidligere enn andre, men er samtidig for unge til å komme inn under alderspsykiatrien. De utrolig sårbare pasientene har ingen pressgrupper bak seg.

– Vi er derfor svært glade over å få inn psykiatere som kan bistå sykehjemslegen i behandling og medisinerings. På den måten økes vår kompetanse. Vi får også sikret den samme filosofien i bunn. Det er samtidig spennende å tenke nytt rundt samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Vi må få det til å flyte bedre enn før, og dette kan være en måte å gjøre det på.

Kronikkforfatterens oppfordring: – Ta slekt og venner i bruk

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Stadig bedre tilbud i et demensforløp til tross; Uansett hvor godt yrkesaktive Rune Samdal planla familiens tid ble det mange udekkede hull i familiens kalender. Timer og dager da hans stadig sykere kone Kirsten manglet aktivitetstilbud.



Rune Samdal utenfor SEFAS, der han nå arbeider som brukerrepresentant og forskerassistent.

– Alenetiden var ikke heldig for Kirsten. I sin organisering av frivillig innsats bør kommunene sende egne besøksvenn- eller støttekontakt-invitasjoner til venner og familie av personer med demens, oppfordrer Rune Samdal i sin kronikk i denne utgaven av Tidsskriftet aldring og helse.

Rune tror at mange i omgangskretsen til personer med demens i utgangspunktet ville stille seg positive til å hjelpe. Flere erfarer likevel det motsatte; at folk reduserer sin kontakt med familier der ett av medlemmene har demens. Det opplevde også Rune og Kirsten etter at hun, 62 år gammel, ble diagnostisert med demens.

– Usikkerhet og frykt for hva demenssykdommene medfører bremser nok mange, og det er synd. Personer med demens sliter med å bygge nye relasjoner, og er avhengige av andres ønske om kontakt.

Ble sløvere

Selv erfarte Rune at Kirsten, på det tidspunktet hvor familien fikk behov for mere støtte enn det han og aktivitetstilbudene kunne gi henne, var blitt så syk at hennes reservasjon overfor ukjente mennesker ville vært et hinder i seg selv.

– Korttidsminnet var nesten helt borte. Hvis hun i denne tida hadde fått en samtalevenn hun ikke kjente fra før ville hun hatt store problemer med å kjenne han eller henne igjen fra dag til dag.

Bergenseren beskriver også hvordan hans kone, alene hjemme uten tilsyn, lett falt tilbake til det uheldige atferdsmønsteret hun hadde før hun fikk plass på et dagaktivitetstilbud:

– Det var vondt å se at hun tilbragte det meste av tiden sin i en stol; døsende, sløv og deprimert. I Demensplan 2020 sies det heldigvis nå at man skal tilbys individuell tilpasset omsorg. Målet er at personer med demens skal leve så normalt som mulig å lenge som mulig.

Forsker selv

Lenge forsøkte Rune å følge sin kone opp via telefonen, men etter hvert ble det en stadig større utfordring.

– Også i denne perioden savnet jeg tilbud om fleksible, persontilpassede løsninger. Det var utfordrende å få den helsehjelpen vi hadde behov for.

I sin stilling som direktør i et stort finanskonsern hendte det ofte at Rune måtte reise vekk et par dager.

– Som svar på mine søknader om to-tre dagers avlastning ble vi alltid tildelt sykehjemsopphold av en til to ukers varighet. Neste gang vi trengte avlastning var det ikke sikkert hun fikk plass, fordi hun nettopp hadde fått tilbud om flere uker. Vi klarte oss heldigvis lenge, mye takket være familie og venner med overnattingsplass. Men det var tydelig at systemet ikke var i stand til å tilpasse seg andre behov enn vedtatt standard.

Dagene fungerte etter hvert så dårlig at Rune sa opp jobben, slik at Kirsten kunne bli boende hjemme. Etter at hun fikk plass på sykehjem takket han ja til tilbudet om ansettelse som medforsker og brukerrepresentant ved SEFAS, Universitetet i Bergen. Deltidsstillingen er finansiert av Helsedirektoratet. I tillegg er han engasjert i flere studier ved andre forskningsinstitusjoner, blant annet Høgskolen på Vestlandet. Prosjektene omfatter både personer med demens som bor hjemme, og personer som bor på sykehjem.

Det er kjempespennende! Jeg holder og en del foredrag for helsepersonell og pårørende, forteller han.

Stimulering og aktivisering

Viktige elementer i helsehjelpen til hjemmeboende personer med demenssykdom.

Min kone Kirsten snakket alltid så begeistret om barndommens somre på småbruket til bestemor og bestefar. Jeg hørte mye om hønene som spankulerte klukkende rundt på tunet. Lammene som ble matet med tåteflaske, og bestemoren som melket kuene ute på beitet slik at de slapp fjøset i lyse sommernetter.

Etter hvert som demenssykdommen utviklet seg tilbragte hun i økende grad dagen i en stol i stua uten å foreta seg stort annet enn å avlegge Jon Blund små besøk. Alle former for huslige sysler var avvirket, initiativ til aktivitet og sosial kontakt forsvunnet og nye av venneflokken var tørket bort. Jeg var på arbeid og hadde derfor ikke anledning til å få henne ut av dvalen annet enn på ettermiddagene og i helgene.

Da diagnosen ble stilt, ble vi samtidig presentert for ulike tjenestetilbud fra kommunen. Blant dem var konseptet «Inn på tunet». Jeg kom i hug hennes maleriske beskrivelser av bonderomantiske opplevelser i oppveksten. Etter stor overtalelseskunst og bistand fra slekt og venner gikk hun med på å besøke den aktuelle aktivitetsgården for en nærmere omvisning.

Tilbudet på gården var en suksess fra første stund. Kirsten ble tildelt arbeidsoppgaver. Hun sanket inn egg, striglet hestene og matet lammene. Dette var arbeidsoppgaver som uansett måtte utføres. Dermed fikk hun en følelse av å være til nytte. Noen hadde bruk for henne. Dagene gav mening. Hun var mye ute i frisk luft, fikk bruke kroppen og gå turer i naturskjønne omgivelser. Hun fikk kose med hestene og hadde nærkontakt med alle de andre dyrene. Her var hun sammen med andre brukere med samme sykdom. Hun kom i kontakt med skoleklasser, barnehager og andre besøkende og hennes sosiale natur ble på ny vekket til live. Gården var autentisk og blottet for institusjonspreg. Den gav assosiasjoner til barndommens

«Tilbudet på gården var en suksess fra første stund. Kirsten ble tildelt arbeidsoppgaver.»

SKREVET AV
Rune Samdal,
pårørende

sommerminner. Ektefellen min ble stimulert både psykisk og fysisk.

Tilbudet medførte at hun fikk livslysten tilbake. Hun kom seg opp om morgenen og gledet seg til å bli hentet. På ettermiddagen returnerte hun med fornyet energi.

Dessverre var tilbudet begrenset til tre dager per uke. Sykdommen gikk sin gang. Kirsten fikk behov for et mer omfattende og individuelt tilpasset tilbud. Dette tilbudet fant vi ved et dagaktivitetssenter spesielt tilpasset yngre personer med demens. Riktignok var lokalitetene en del av et sykehjem, men opplegget og personalets innsats bidro til at institusjonspreget ble av underordnet betydning. Vi ble tildelt plass fire dager i uken. Hun likte seg godt. Personalet var i besittelse av betydelig relasjonskompetanse. De møtte brukerne der brukerne var. De hadde evner til å oppnå kontakt og skape personlige relasjoner. Gjennom sine ferdigheter og kunnskaper fikk de brukerne aktivisert innenfor deres interesseområder. Kirsten arbeidet på kjøkkenet, gikk turer i nærområdene, deltok i diskusjoner og fikk pleie sine musikalske interesser. Det ble skapt mange gode øyeblikk selv om sykdommen var blitt verre.

På begge daginstitusjonene ble hun hentet med bil av personalet en gang mellom klokka 9 og 10, og bragt tilbake til heimen på ettermiddagen omkring 14.30. Turene var for henne positive opplevelser i seg selv. I bilen kom hun tett innpå andre brukere, hun fikk se seg omkring, og sjåføren, som alltid var en av personalet, sørget for at praten stort sett var lett og lystig.

En dag kom Kirsten strålende hjem fra gården: «Nå er tjelden kommet!». Ettersom vi bor et steinkast fra sjøen åpnet jeg verandadøren og lyttet. Straks hørte jeg vadefuglens lett gjenkjennelige triller. Aldri før hadde hun vært opptatt av trekkfuglenes forflytningsmønster. Men dette hadde i flere dager vært

tema i bilen på vei til og fra gården. Hun var fortsatt i stand til å lære noe nytt!

I tillegg til dagaktivitetssenteret hadde hun støttekontakt. Støttekontakten tok henne med på spaserturer, kino- og kafèbesøk. Hun fulgte henne til lege, tannlege og frisør. Noen ganger satt de bare og pratet over en lunsj som støttekontakten tok initiativet til at de laget sammen. Eller de utførte litt husarbeid i fellesskap. Støttekontakten var en slektning og god venninne. De hadde satt stor pris på hverandre, og gjorde det fortsatt.

Gjennom disse tilbudene fikk mange dager innslag av mening og innhold. I tillegg hadde hun positive opplevelser ved å delta på Nasjonalforeningens weekendt-arrangement «Møteplass for mestrings», og i musikkgruppen som hadde samling to ganger hver måned.

Men fortsatt hadde ukekalenderen mange ledige felt:

Oppholdene på dagsentrene inklusiv transport hadde en varighet på fem-seks timer, fire dager i uken. Kommunens tilbud om støttekontakt var begrenset til noen timer i måneden. Jeg var på jobb og borte fra heimen åtte-ti timer hver eneste dag utenom helgene.

Når min kone var alene falt hun tilbake til opprinnelig adferdsmønster. Hun tilbragte det meste av tiden i en stol, døsende, sløv og deprimerert. Noen ganger forlot hun stolen for å vandre formålsløst rundt i boligen, flyttet på ting og søkte etter noe som hun ikke visste hva var. I gode perioder fant hun fram kost og feiebrett for å feie opp imaginære smuler fra gulvet. Jeg fulgte henne opp via telefon. I tråd med sykdommens utvikling ble dette en større og større utfordring. Telefonen ble forlagt. Den var utladet, eller for komplisert å betjene.

I disse periodene – uten kontakt med omverdenen – hadde ektefellen min begrenset livskvalitet. Etter hvert ble det uansvarlig å la henne være alene.

Hjemmesykepleien kom på banen. Hver gang fikk Kirsten besøk av en ny, ukjent pleier. I alle fall opplevde hun det slik. De kom på forskjellig tidspunkt og hadde som oftest liten tid. Hun ble forvirret Etter en tid nektet hun å ta imot dem. Vi kom til et punkt hvor jeg måtte velge mellom å slutte i jobb eller søke sykehjemsplass.

*«Når min kone
var alene falt hun
tilbake til opprinnelig
adferdsmønster.»*

Det har gått fire-fem år siden vår tilspissede situasjon. Heldigvis har den offentlige helsehjelpen vært i utvikling siden den gang. Som en pilot har «vårt» dagaktivitetssenter utvidet sine åpningstider. Hjemmesykepleien har i noen bydeler etablert såkalte demensarbeidsteam. Den enkelte tjenestemottaker besøkes av færre pleiere – pleiere som har spesiell kompetanse om demens. Nye kommunikasjon- og sensorløsninger bidrar til å bedre sikkerheten i heimen. Kommunen ser nærmere på hvordan det totale tjenestetilbudet kan tilpasses den enkelte med utgangspunkt i dagaktivitetssentrene. Stimulering og aktivisering er blitt sentrale stikkord.

I tillegg legger kommunen til rette for at bruk av frivillige skal få en større plass i tjenestetilbudet. Frivillig arbeid innebærer at aktiviteten utføres uten at det utbetales lønn. Tjenesten må være til nytte for samfunnet. Den frivillige må ikke være nær slektning eller tilhøre den sykes husholdning. På denne måten kan personer med demens få tilbud om en turvenn, en spisevenn, en samtalevenn eller en venn som kan stimulere og aktivisere på andre måter alt etter interesser og behov. I vårt tilfelle kunne et slikt tilbud bidratt til at det ble færre ledige felt i kalenderen.

Men tilbudet om frivillige har sine utfordringer. På det tidspunktet hvor vi hadde behov for mer støtte var Kirsten på et stadium i sykdommen hvor reservasjonen overfor ukjente mennesker var betydelig. Hun slet med å sanse og tolke impulser fra omgivelsene. Korttidsminne var nesten helt borte. Hun ville hatt problemer med å gjenkjenne sin nye samtalevenn fra dag til dag. Tilbudet ville lett skapt mer frustrasjon enn glede, med mindre den frivilliges personlighet, kontaktskapende evner og kjemien den imelom var helt optimal.

Slekt og venner vil lettere kunne gå inn i en rolle som aktivitør. Relasjonen eksisterer jo fra tidligere. Med sin kunnskap om den sykes personlighet og livshistorie vil gamle venner ha bedre forutsetninger for å kunne stimulere og aktivisere enn en fremmed person.

Mange i omgangskretsen vil i utgangspunktet være positive til å hjelpe. Men usikkerhet og frykt for følelsesmessige reaksjoner kan bremse initiativet. Hvordan blir jeg mottatt når min venn ikke lenger er i stand til å administrere hjemmet sitt? Hvordan skal jeg holde samtalen gående når vennen min har problemer med å finne ord og ikke lenger husker? Hvordan takler jeg å se henne i en slik tilstand? Nærmeste pårørende kan selvsagt instruere slik at vennen kan justere sin nye rolle i forhold til situasjonen. Det forutsetter at nærmeste pårørende er i besittelse av nok energi og overskudd til å ta et slikt initiativ og be om hjelp.

Jeg hadde gjerne sett at kommunen i sitt arbeid med å organisere bruken av frivillige sendte en spesiell invitasjon til personer i den sykes nærmeste omgangskrets. Kanskje vil en slik henvendelse kunne bidra til at flere våger å opprettholde og videreutvikle kontakten, både av hensyn til seg selv, den syke og samfunnet?

På gode dager tar vi fortsatt en tur til aktivitetsgården. På veien utover snakker jeg om Kirstens tidligere innsats på gården selv om jeg vet at alt er strøket fra hennes minne. Vel framme er vi innom stua og slår av en prat med gårdsfolkene. Vi stikker inn i stallen. Hun klapper på hestene og godsnakker med dem. Ifølge gårdsfolkene viser hestene tegn på at de gjenkjenner henne. Kirsten smiler med hele kroppen. Hun er fortsatt mottakelig for stimuli.

Langsamt blir dagtilbudene til

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (ill.foto)

Når Demensplan 2020 er gjennomført skal kommunene ha en lovfestet plikt til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. Kommunene har siden 2012 kunnet søke tilskudd til etablering og drift av slike tilbud. Men på dette området skynder de seg svært langsomt.

Det er i Demensplan 2020 et uttrykt mål at personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv, og at pårørende skal gis støtte og avlastning: «Dagaktivitetstilbud bør være et sentralt ledd i tiltakskjeden til personer med demens og deres pårørende. Tilbudene skal stimulere og aktivisere hjemmeboende personer med demens, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. I tillegg skal de bidra til nødvendig avlastning for de nærmeste pårørende», sies det.

For å nå målet innførte regjeringen allerede i 2012 en tilskuddsordning til etablering og drift av dagaktivitetstilbud til personer med demens. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet, og er videreført i Demensplan 2020.

Pågangen har i hele perioden vært lavere enn forventet. Direktoratets foreløpige oversikt viser at det hittil er gitt tilskudd til 3 482 hele plasser, et tilbud til 6 680 brukere. Dette til tross for at regjeringen allerede for årene 2012–14 bevilget midler ut fra en målsetting om 5 000 plasser.

Det tok litt tid før Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fikk på plass sitt nye tilskudds-

regelverk for 2018, men 280,68 millioner kroner er nå avsatt til formålet, herav 26,3 millioner kroner til nye plasser.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

	Hele plasser	Brukere
Videreføring	3 228,2	6 224
Nye plasser	254,6	456
SUM	3 482,8	6 680

Det tas fortsatt sikte på at kommunene skal være forpliktet til å gi personer med demens et aktivitetstilbud fra og med 2020. Fra HOD opplyses: «I tråd med Stortingets vedtak vil Helse- og omsorgsdepartementet fremme en lovproposisjon, slik at denne lovplikten kan tre i kraft fra 2020».

Ønske om større mangfold og flere fleksible, differensierte tilbud understrekes. Fra å skulle gi et relativt likt tilbud til alle, forsøker flere nå å tilby individtilpassede løsninger.

««Dagaktivitetstilbud bør være et sentralt ledd i tiltakskjeden til personer med demens og deres pårørende...»

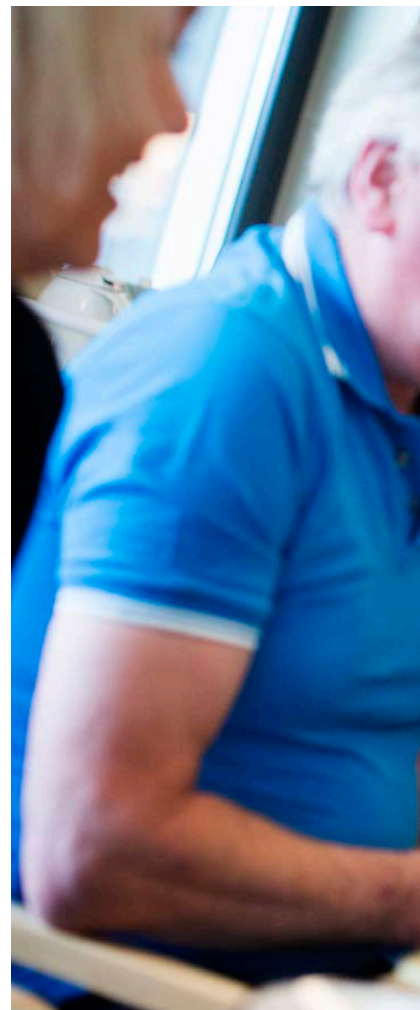


▲ Aktive dager for flere er ett av målene med Demensplan 2020.

Lynghaug aktivitetssenter: Der dagene er gode

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Livet er ikke alltid enkelt for yngre personer med demens og deres nære. Et allsidig og vel fungerende tilbud på dagtid dekker mange behov. Rundt det trivelige frokostbordet på Lynghaug aktivitetssenter løses ikke bare verdensproblemer. Her deles også hverdagens gleder, sorg og savn.



▲
Hunden Emma er
et populært innslag
i hverdagen.

Hunden Emma, tilhørende vernepleier Monica Rippe, er en av de faste gjestene på Lynghaug aktivitetssenter. Mens de nettopp ankomne brukerne finner seg en plass ved bordet svinser hun glad og fornøyd rundt for å hilse på dem alle. Det er tydelig at den firebeinte er et populært innslag i hverdagen, hun får masse oppmerksomhet og kos.

Snart roer hun seg ned, og måltidet kan begynne. De tre ansatte som er på jobb den dagen vi besøker stedet, hjelpepleier Serianne Bakke Rosvold, vernepleier Monica Rippe og sykepleier Randi Milde nyter den fint oppdekkede fellesfrokosten sammen med brukerne av tilbudet. Noen av dem tar turen hit to av fem dager, andre kommer alle fem.

Fra hele Bergen by

– De som er her nå har alle fast plass, men aktivitetssenteret holder også dørene åpne for yngre personer med demens som har lyst til å prøve ut et slikt tilbud, forteller lederen for Bergen kommunes kompetansesenter for demens, ergoterapeut Anita Krokeide, som har vært en pådriver innen norsk demensomsorg siden 90-tallet.

Aktivitetstilbudet og kompetansesenteret holder begge til i Demenssenteret ved Fyllingsdalen sykehjem, Bergen. Lynghaug aktivitetssenter har i dag 12 plasser som blir benyttet av 22 personer mellom 50 og 70 år og holder åpent alle hverdager. Det gis også tilbud om aktiviteter en kveld i uka.

Tilbudet er byomfattende og transporten til og fra er inkludert og utføres av ansatte på aktivitetssenteret.

Aktive dager

På aktivitetssenteret kan deltakerne treffe andre i samme situasjon og delta i aktiviteter. Sammen leser de aviser, baker, trener, spiller går tur og foretar utflukter.

– Vi legger vekt på fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter, som vi forsøker å tilrettelegge etter den enkeltes ønske og funksjon. Alt ut fra vår visjon «En aktiv hverdag på egne premisser», fortsetter Krokeide.

Som pårørende til en bruker av Lynghaug aktivitetssenter opplever man et sosialt fellesskap med andre i samme situasjon. I samarbeid med kompetansesenteret tilbys også individuelle samtaler og deltakelse i pårørendegrupper.



Kveldstilbud

Kveldstilbudene ved Lynghaug er svært populære. Klokka 18 annenhver mandag inviteres det til sangkveld og åpent hus for yngre personer med demens, i samarbeid med Bergen demensforening. – Da er det «Rett musikk til rett tid», ved Elholm Musikkomsorg; et tilbud til yngre personer med demens (< 70) som kommer sammen med en ledsager. Det kreves ingen forkunnskaper innen sang/musikk for å være med, opplyser daglig leder.

De øvrige mandagene møtes gruppen for å gjøre det de har lyst til:

– Det være seg å gå på tur sammen, se en film på kino, høre en konsert, besøke biblioteket, få med seg en aktuell forelesning eller se en utstilling.

Magiske opplevelser

Etter hvert som vi går gjennom aktivitetssenterets ulike tilbud blir de andre rundt bordet stadig mere interessert.

– Jeg husker godt noe fint som skjedde da vi fikk omvisning på KODE, forteller en av dem.

KODE kunstmuseum i Bergen har de siste årene hatt tilbud om særlig tilrettelagt guiding for personer med demens og deres pårørende.

Dette har aktivitetssenteret tatt del i flere ganger.

– Vi var ganske mange i forhold til en annen eldregruppe som også var på besøk. Jeg la spesielt merke til en av dem, en liten dame som sto litt i utkanten. Vi studerte et nydelig landskapsmaleri fra Nordland da hun plutselig begynte å synge «Å eg veit meg eit land, langt der oppe mot nord». En etter en falt vi andre inn i koret, inntil vi sto der og sang alle sammen. Det var helt magisk – jeg kjente hvordan det vibrerte i rommet. Formidlerne ble begeistret, jeg stemte også i. Jeg er glad i å synge!

Mange tanker

At demenssykdommene er uhelbredelige er gruppens deltakere sørgelig klar over. Hvilke følger dette får for livet deres tilhører gruppens mange diskusjonstemaer. Følgende sitater er hentet fra det som ble sagt da Tidsskriftet aldri ring var på besøk:

Om følelser:

– Pappa hadde Alzheimer og ble like forbannet som meg.

– Barnebarna lurar – kan vi også få demens? Jeg har grått noen ganger, ja.

▲ Rundt det trivelige frokostbordet på Lynghaug aktivitetssenter løses ikke bare verdensproblemer.



▲ Lynghaug aktivitetssenter i Bergen.

Om å ha en uhelbredelig sykdom:

- Kanskje Vår Herre ville ha meg til seg, fordi han synes jeg er så «knall i padden».
- Min mor døde med Alzheimer.

Om flauter:

- Det er dumt med offentlige nederlag. Jeg gikk inn i en butikk forleden, men fant ikke den suppeposen jeg skulle ha. Jeg måtte sende datteren min inn i stedet.
- Jeg pleier å si det rett ut: Jeg har Alzheimer, så meg kan dere ikke regne med.
- Jeg syntes ikke det var vanskelig å kjøre, men måtte gi meg til sist – for ellers kunne det skje noe dumt.



Anita Krokeide (bildet t.v.) og brukerne ved Lynghaug aktivitetssenter drar ofte på tur i skog og mark.



Om livet som gående:

- Å måtte sette bort bilen var det verste. Da jeg hadde jobb var jeg mye på farten. Det var tungt å levere inn førerkortet.

Om vin:

- Jeg er glad i vin, men bare en gang i uka. Når man har Alzheimer kan det være smart å oppføre seg litt ekstra dannet. Risikerer ellers å «drite på draget».
- En dag da vi var på vei hjem etter en tur, spurte en av oss om vi ikke kunne stoppe ved et av polene i Bergen sentrum. Han var alene hjemme den helgen, og skulle kose seg med litt vin. Etter å ha blitt sluppet av utenfor et kjøpesenter gikk han inn på polet og handlet en kartong med vin. Det var fredag ettermiddag, og litt kaos på senteret, så da han skulle gå valgte han feil utgang. Han trasket og gikk, mens vi andre løp rundt og lette, stadig mer fortvilt. Han fant heldigvis veien hjem, og da sa kona hans det helt riktige: «Det viktigste er at han får være en voksen mann som går på polet når han vil.» Selv ser han på hendelsen som en morsom historie.

Kompetente deltakere

Turgåing er viktig for både kropp og sjel. Denne dagen fyller aktivitetssenteret opp bussen og reiser til Kanadaskogen for å gå tur. En av kvinnene er ifølge de andre den mest aktive av alle.

- Jeg elsker å være ute. Det er min terapi. Vinteren i år har vært så flott, synes hun.

I løpet av året blir det også mange alvorlige diskusjoner.

- Vi løser verdensproblemene – flere ganger. Den store fordelen med å ha en demenssykdom er jo at vi kan løse dem igjen og igjen, humres det.

Gruppas faglige forutsetninger for å diskutere er imponerende stor. Her finnes kunnskaper om det meste, fra latin til spørsmål om rusforskning, musikk og kultur. Avisenes daglige kvisser er svært populære. Men skal man ta den i Bergens Tidende (BT) eller Bergensavisens (BA)? Den ivrige diskusjonen for og mot preges av kjærlig mobbing. «Skal vi ta BTs kviss for de



kvasse eller BA-kvissen i dag?» Denne dagen ble det BT-kvissen – og de fleste spørsmålene ble besvart med glans.

Korttidsplasser

Ved demenssenteret finnes også et korttids botilbud som man kan søke plass ved. Det er ni senger i denne bogrupper og to av plassene er korttidsplasser for yngre personer med demens. Her foretas det også utredning.

- Alle avdelinger er delt i to, med kjøkken og stue på to steder (fem og fire rom). Dette gjør at man kan dele området inn i mindre arealer. Har brukere av Lynghaug aktivitetssenter plass her kan man gå på aktivitetssenteret på dagtid.

For pårørende

Pårørende til brukere av aktivitetssenteret opplever felleskap med mennesker i samme situasjon. De møter personale med kunnskap om demens og demensomsorgen i Bergen kommune.

- Vi tilbyr også individuelle samtaler og deltakelse i pårørendegrupper i samarbeid med kompetansesenteret for demens, sier Krokeide.

Husets Kompetansesenter for demens vil være et lavterskeltilbud, de oppfordrer innbyggerne til å ta direkte kontakt. Ved senteret gis tilbud om deltakelse i samtalegrupper og pårørendekurs. Hukommelsesteamet gir også råd og veiledning.

Trøbbel med transport

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Transport av brukere til og fra dagaktiviteter er en viktig del av tilbudenes virksomhet. Kjøring med drosje blir for dyrt. En løsning har for mange kommuner vært at ansatte henter og bringer brukerne med minibuss. Når Statens Vegvesen enkelte steder anser dette som yrkestransport blir det problemer.

I beskrivelsen av tilskuddet kommunene kan søke står det at tilskuddet skal bidra til å dekke alle slags utgifter til drift og etablering, herunder transport, men at kommunen selv må bestemme seg for hvilken type transport de vil satse på.

Ulike ordninger er tatt i bruk rundt om i landet. Noen steder kjøres brukerne med drosje, andre kommuner har egen bussordning. En rekke steder har de ansatte utvidet førerkortet sitt med klasse D1, som innebærer rett til å kjøre inntil 16 passasjerer i en minibuss.

Kom i kontroll

Slik har også enkelte ansatte ved Råkhaugen dagaktivitetssenter for personer med demens i Molde løst transportbehovet. Mens noen av de ansatte klargjør dagens frokost reiser andre ut for å plukke opp brukerne av dagtilbudet. Underveis er de i dialog med passasjerene om dagsform, hva de ser og hvilke planer man har for dagen. Dette har vært en problemfri ordning inntil en av de ansatte nylig ble stanset i en kontroll av Statens vegvesen.

– Kontrolløren opplyste da sjåføren om at hun ifølge Yrkessjåførforskriften kjørte ulovlig, og at de som fraktet folk til og fra tilbudet pliktet å ta yrkessjåførkurs. Men etter at vi hadde spist

Elisabeth Gravdehaug er hjelpepleier ved Råkhaugen dagsenter i Molde. Hun er en av flere ansatte som har utvidet førerkortet sitt for å kunne kjøre minibussen når ansatte og brukere skal på tur.



frokost sammen kunne den samme personen kjøre brukerne ut på tur, for da ble kjøringen regnet som omsorg. Forstå det den som kan, sier daglig leder ved Råkhaugen, Marit Hoemsnes Angen.

Trosser beskjeden

Beskjeden skapte sterk uro og bekymring, lokalt så vel som andre steder i Norge. Ryktene løper fort i fagmiljøene. For å være sikre på at de hadde forstått kontrolløren rett henvendte representanter fra Molde kommune seg til Statens vegvesen, Region Øst. Derfra kom beskjeden: «Transport av pasienter/brukere/beboere mellom bosted og institusjon/dagsenter morgen og kveld blir å anse som et ordinært transportoppdrag og krever yrkessjåførkompetanse.» I et annet punkt ble det presisert at «Det er helt avgjørende at fører har en direkte omsorgs- og oppfølgingsrolle i forhold til de personene vedkommende frakter for å komme inn under dette unntaket. Det vil si at vedkommende må ha utdannelse i forhold til den arbeidsoppgaven vedkommende skal utføre i forhold til oppfølging av brukere/pasienter.»

Alvorlig sak

– Mange av våre ansatte har tatt utvidet førerkort for minibuss, to nyansatte kjørte opp senest nå i vinter. Det samme gjelder de andre dagsentrene i Molde. Men å koste på alle et rådyrt kurs har vi ikke råd til. Resultatet – hvis vegvesenet fortsetter å tolke reglene så firkantet – er at vi er nødt til å legge ned. Så alvorlig er det. Og da snakker jeg også for en rekke andre dagsentre i landet. Vi skjønner det ikke, og det gjør heller ikke våre ledere. For vi er jo like mye omsorgspersoner før og etter frokost. Våre dagsenterdager begynner med henteturen på morgenen. Da er tilbudet i gang. Her på Råkhaugen kjører vi derfor fortsatt. Blir vi igjen truet med bot skal vi fortelle dem sannheten: At vi har omsorgsansvar for våre passasjerer fra første minutt, og at vi er på tur til Råkhaugen for å spise frokost.

Kjører mindre biler

Andre dagsentre støtter seg til representanter fra trafikkskoler og vegvesen som tolker reglene strengt. De ansatte har her sluttet å kjøre dagsenterbussen når de skal hente/bringe brukerne

til/fra dagsenteret. De tar i stedet kommunens ordinære hjemmetjenestebiler, med plass til fire passasjerer, og kjører heller flere turer for å få alle fram og tilbake. Til brukere som må kjøres i rullestol leies det inn drosje.

– Konsekvensene av å tolke forskriften slik er store, spesielt økonomisk. For oss er det et viktig prinsipp at sjåføren skal være en person som brukerne kjenner. Mye av tryggheten og gjenkjenningen av oss begynner i bussen på vei til frokost, understreker Marit.

Tilhører unntakene

Leif Jarle Bergset, fagleder for utekontrollen i Møre og Romsdal, forteller at det er de innledende bestemmelsene i Kapittel 1 i Forskrift om grunnutdanning og etterutdanning av yrkessjåfører som regulerer hvem som må ha yrkessjåførbevis for med lønn å kunne utføre person- eller godstransport, blant annet med minibuss.

– Etter mitt syn kommer dagaktivitetssentrene sjåfører inn under punktene e og g, som beskriver unntakene, forklarer han.

Der står det blant annet at en person som har omsorgsfunksjon for skoleelever (i Bergsets tolkning brukere) i en skole eller institusjon gjennom dagen også har lov til å kjøre og hente dem. Dette gjelder for eksempel miljø- og aktivitetsarbeidere. Men hvis en vaktmester får det som sin oppgave å hente og bringe, da oppfattes dette som et rent sjåføroppdrag – og da må han ha yrkessjåfør opplæring.

Den gode samtalen

Leif Jarle Bergset innser samtidig at forskriften kan være vanskelig å tolke. Han oppfordrer derfor alle ansatte som blir kontrollert til å forklare sin rolle så grundig som mulig.

– Samtalen med kontrolløren er viktig når det gjelder tolkningen av bestemmelser det kan sås tvil om. Prøv å få fram fakta, av og til kan også kontrollørene ha problemer med å sette slike gode samtaler i gang. Men så lenge sjåførene har en omsorgsfunksjon resten av dagen er de etter mitt syn ingen tvil: De er fritatt fra Yrkessjåførforskriften, konkluderer han.

«Resultatet – hvis vegvesenet fortsetter å tolke reglene så firkantet – er at vi er nødt til å legge ned.»

**MELLOMLEDEREN:**

Omsorg slik den beskrives i retningslinjer og rundskriv er det pleiefaglige ideal. Mellomlederne skal bidra til å gjøre helsepolitiske visjoner til virkelighet. I denne nye spalten spør vi: «Hvordan har du det på jobben?»

– Spennende og utfordrende

Bente Wallander (tekst)

– Trivselen er uten tvil det beste ved avdelingslederjobben, synes enhetsleder Jarle Johansen ved Alderspsykiatri døgnet, Åsgård, Universitetssykehuset Nord-Norge.



NAVN: Jarle Johansen (46 år), sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie.

STILLING: Enhetsleder, Alderspsykiatri døgnet, Åsgård, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Ved enheten med 14 sengeplasser for personer med alderspsykiatrisk sykdom ble i fjor 117 eldre med nytilkommet lidelse utredet og/eller behandlet, hvorav ni personer under 65 år. Pasienter som har hatt lidelser tidligere i livet tas unntaksvis inn, som oftest til utredning for kognitiv svikt og demens. 35 årsverk er knyttet til enheten, dette utgjør om lag 70 ansatte, inklusive ekstra- og deltidsvakter.

Hvor lenge har du hatt din nåværende stilling?

– I snart to år. Jeg begynte i miljøet som ekstravakt i 2003, og var godt kjent da jeg ble enhetsleder i august 2016.

Hva innebærer stillingen din?

– Det viktigste er å være tilgjengelig for de ansatte. Med kontor midt i avdelingen og såkalt åpen dør, blir det mange henvendelser og samtaler i løpet av en dag. Til mine oppgaver hører blant annet å forsøke å besvare spørsmål om utfordringer som dukker opp internt, delta på og holde møter (inntaksmøter, personalmøter, refleksjonsmøter, morgenmøter, koordineringsmøter med mere). Gjennom dette skaffer jeg meg også et helhetlig døgningstrykk.

Jarle har blant annet personalansvar, ansvar for det sykepleiefaglige, budsjett, økonomi samt å legge til rette for internundervisning.

– Jeg utarbeider også vaktlister, foretar ansettelser og gjennomfører intervjuer. Faglig forsvarelig drift av enheten er mitt ansvar, herunder å sørge for at vi har kvalifisert personell på alle vakter. Delegasjon til sykepleiere i forhold til håndtering av medikamenter og gjennomføring av nødvendige kurs for å få slik delegasjon, er mitt ansvar. Jeg skal også behandle og melde avvik og pasienthendelser. Fag- og oppfølgingsansvaret for lærlinger er mitt, vi har nesten alltid én lærling, av og til to. I tillegg kommer sykefraværsoppfølging, lønnskjøring og registrering

av vakter, til sistnevnte får jeg hjelp av konsulenten vi har på enheten. Jeg har HMS- og brannvernansvar, rapportansvar overfor overordnet og tilsynsmyndighet.

Hva er det beste med denne jobben?

– Uten tvil trivselen. Men også at arbeidsoppgavene er spennende og utfordrende. Jeg får anledning til å jobbe sammen med særdeles samarbeidsvillige og dyktige kolleger. I fellesskap klarer vi på en god måte å hjelpe syke mennesker som har behov for utredning og behandling. Vi er en stor og dyktig tverrfaglig arbeidsgruppe som jevnlig involverer alle som har tilknytning/relasjon, faglig eller personlig, for å oppdateres både om pasienten og det videre planlagte forløpet. Vi har også dyktige vikarer og deltidsansatte som trår til og hjelper oss på en god måte ved behov.

Hva er din største utfordring?

– Å sikre faglig forsvarlighet til alle vakter. Vi har minimum to sykepleiere på alle vakter. På dagtid mandag til fredag er det som oftest flere sykepleiere på vakt, og dyktig øvrig personell som kan jobben sin, er trygge på oppgavene og vet hva de går til. Men det er en utfordring å rekruttere nytt, dyktig personell når vi har behov for det. Markedet er presset og etterspørselen stor.

«... bidra til å legge forholdene til rette slik at pasientene får best mulig utredning og behandling.»

Opplever du ofte krysspress?

– Faktisk ikke. Vi drar i samme retning og samarbeider veldig godt innenfor gruppene, også overfor pårørende. Det er ikke ofte at jeg føler krysspress.

Hva er ditt faglige fokus?

– Å bidra til å legge forholdene til rette slik at pasientene får best mulig utredning og behandling. Men også å være et hjul blant alle andre, samt å sikre fagfolk på alle vakter.

Hva er din omsorgsutopi?

– En idealverden? Vi opplever ofte at utskrivningsklare og ferdigbehandlede pasienter blir liggende her for lenge i påvente av plass på sykehjem eller i omsorgsbolig. Slike overflyttinger burde håndteres på en smidigere måte. Kompetansen i kommunehelsetjenesten kunne også vært styrket, spesielt når det gjelder forebygging av uro og aggresjon samt pleie og ivaretagelse av utagerende pasienter med demens. Vi har innimellom hospitering hos oss, det kunne det vært mere av. Vi ser at det er god nytte i at lokalt ansatte ser og lærer hva vi har erfart, spesielt når det gjelder pasienter som skal tilbake til sykehjem igjen.

DAGAKTIVITETSTILBUD

TILSKUDD, KURS OG KOFFERT



Kommunen skal fra 2020 ha en lovfestet plikt til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det er i dag mangelfull utbygging av tilbud i forhold til antall personer med demens.

TILSKUDD Alle kommuner som skal etablere nye dagaktivitetstilbud eller utvide eksisterende tilbud med nye plasser kan søke om tilskudd fra Helsedirektoratet. Det legges til rette for 350 nye plasser i 2018, hvorav 20 plasser er forbeholdt IPT-tilbud. Les mer om tilskuddsordningen her: <https://helsedirektoratet.no/>

KURS Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har utarbeidet et kurstilbud om hvordan etablere og drifte dagaktivitetstilbud. Kurset omfatter blant annet temaene; Hensikten med tilbud, kunnskap om virkning, kvalitetssikring, eksempler på arenaer og modeller.

KOFFERT Gjennom satsningen på dagaktivitetstilbud har Helsedirektoratet og Aldring og helse samlet aktuell litteratur knyttet til planlegging, etablering og drift av dagaktivitetstilbud i en koffert. Kofferten er aktuell for kommuner, Fylkesmenn, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, og andre interesserte.

KONTAKT Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse for ytterligere informasjon om kurs og koffert; www.aldringoghelse.no eller dagtilbud@aldringoghelse.no, tlf.: 33 34 19 50



Helsedirektoratet



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Hva skal til for at vi kan *Leve hele livet*?

Bakgrunn

Nylig ble Melding til Stortinget 15 (2017-2018) lansert. Den er kanskje bedre kjent som «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre». Det har vært arbeidet intenst med denne reformen det siste året, og arbeidet har fått ekstra tyngde ved at det i mars ble opprettet en egen eldre- og folkehelseminister i Helse og omsorgsdepartementet, nemlig Åse Michaelsen (Frp). Helse- og omsorgsminister Bent Høie har selv vært svært opptatt av eldre og personer med demens i sitt politiske arbeid. Gjennom opprettelsen av en egen ministerpost er feltet gitt enda høyere prioritet. Det var eldre- og folkehelseminister Michaelsen som i mai lanserte kvalitetsreformen «Leve hele livet» på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

Befolkningssammensetningen endres i årene framover. Andelen eldre øker, og det blir etter hvert en sterk vekst blant de eldste eldre. De regionale forskjellene blir også større. Samtidig kan det bli mangel på både arbeidskraft, pårørende og frivillige som er villige til å påta seg omsorgsoppgaver. For at vi som samfunn skal klare disse utfordringene må vi finne de smarteste løsningene. Vi må lære av dem som har vært innovative og laget gode tiltak og modeller. Det er det denne reformen legger vekt på.

I arbeidet med reformen har man på mange måter fulgt malen fra arbeidet med Demensplan 2020 for å fremskaffe kunnskapsgrunnlaget. Det innebærer at det har vært arrangert dialogmøter rundt omkring i landet, åpent for alle. Møtene har vært geografisk spredt og tematisk inndelt ut fra noen av hovedområdene i reformen:

- Mat, ernæring og måltidsfellesskap
- Helsehjelp for eldre
- Aktivitet og fellesskap
- Sammenheng i tjenestene

I tillegg til åpne dialogmøter, bestilte departementet rapporter som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater av betydning for reformen. Underveis har det vært mulig å sende innspill direkte til departementet. Til sist ble det arrangert et dialogmøte om gjennomføring av reformen for inviterte fagfolk, ansatte i tjenestene, eldre og pårørende.

Det omfattende materialet som ble samlet gjennom denne prosessen danner grunnlaget for tiltakene som presenteres i *Leve hele livet*. Med utgangspunkt «Hva er viktig for deg?» har man for første gang samlet og systematisert tiltak fra kommuner som har funnet nye og bedre løsninger i tilbudet til eldre. Reformen skal ikke pålegge kommunene ytterligere oppgaver, men heller bidra til at de kan dele erfaringer og lære av hverandre.

Reformen består i sin endelige form av fem hovedområder:

- Et aldersvennlig Norge
- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng i tjenestene

Reformen har som mål at eldre skal få brukt ressursene sine og dekket behovene sine i de ulike fasene av alderdommen. Gjennom et mer aldersvennlig samfunn skal eldre kunne leve gode liv og delta i fellesskapet, også når helsa etter hvert svikter og det offentlige må trå til med et omsorgstilbud.

Det finnes utallige spennende prosjekter som initieres og gjennomføres rundt i norske kommuner, på alle reformens områder, men det kan være vanskelig både å implementere og spre de gode initiativene. Det er i bunn og grunn dette *Leve hele livet* handler om. Kommunene skal få støtte og veiledning til å se og ta i bruk nye, innovative løsninger som bidrar til at eldre får mulighet til å mestre eget liv der de bor, hele livet. Man vil også benytte økonomiske insentiver for å oppnå endring. Kommuner som omstiller seg prioriteres innenfor både eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger.

I arbeidet med reformen har det vært gjort en imponerende innsats for å innhente de gode eksemplene fra hele vårt langstrakte land. Reformen er proppfull av forslag til kommunene, og det er nok mange som – med rette – er stolte over å bli presentert som et eksempel til inspirasjon, både fra kommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner, næringsliv, fagmiljøer og frivillige organisasjoner.



SKREVET AV

Kari Midtbø Kristiansen
Daglig leder
Nasjonal kompetanse-
tjeneste for aldring
og helse

Innhold

Innsatsområdene i Leve hele livet er omfattende, og jeg vil her gå inn på noe av det jeg har bitt meg merke i.

Målgrupper

Målgruppen for reformen er primært eldre, definert som personer over 65 år, også eldre som ikke har behov for tjenester. Reformen definerer i tillegg pårørende og ansatte som målgrupper. Målet er at pårørende ikke blir utslitte, og kan ha en jevn innsats for sine nærmeste. For ansatte er målsettingen at de opplever å ha et godt arbeidsmiljø, der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb.

Selv om reformen særlig er rettet mot helse- og omsorgssektoren, presiseres det at alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn.

Proaktive tjenester

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltagelse og sosialt fellesskap. Aktivitetene må tilpasses den enkeltes interesser, ønsker og behov. Fundamentet skal være personsentrert tilnærming. Det fokuseres på folkehelse og forebygging gjennom mere proaktive tjenester. Personlig tror jeg det er en svært viktig forutsetning for å gjøre eldre i stand til å leve hele livet, mestre dagliglivet og leve et meningsfylt liv. Det legges opp til at tjenestene settes inn på et tidlig tidspunkt, før alvorlig sykdom har utviklet seg. En proaktiv tjeneste oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten, og tilbyr oppfølging. Det kan bidra til å forhindre sykdom og bremse funksjonssvikt.

Sammenheng i tjenestene

Sammenheng i tjenestene er et viktig område i reformen. Mange opplever i dag fragmenterte tjenester med lite helhet og sammenheng. For å møte disse utfordringene foreslås tiltak som skal gi økt trygghet og forutsigbarhet i forløpet, både for de eldre og deres pårørende. Det handler om å ta utgangspunkt i den enkeltes behov, gi støtte og avlastning til pårørende, ha faste kontaktpersoner og kontinuitet og få bedre overganger ved overflyttinger mellom tjenester og tjenestenivåer.

Variasjon i tilbudet

Det er, antakelig av flere grunner, variasjoner i tjenestetilbudet til yngre og eldre brukere. Reformen sier det er grunn til å se nærmere på utilsiktede virkninger av aldersbegrensninger i enkelte finansieringsordninger. Det er gledelig

å lese at det presiseres at det er det faktiske behovet til den enkelte som må legges til grunn ved tildeling av tjenester, og ikke alder.

Grunnlaget

Mange av de pågående satsingene vil bli videreført i årene framover, som et fundament i denne kvalitetsreformen. Det gjelder blant annet Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldingen, Fremtidens primærhelse-tjeneste, Kompetanseløft 2020 og Omsorg 2020, inkludert Demensplan 2020. Et viktig verktøy er Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Opplæring og rekruttering

Regjeringen vurderer å utvikle en egen Leve hele livet-opplæringspakke for helse- og omsorgspersonell. Materiellet skal inneholde kunnskap om eldre og aldring, og samtidig dekke opplærings- og kompetansebehovet på reformens hovedområder. Kommunene vil bli invitert inn i læringsnettverk, og både Fylkesmennene og KS blir sentrale i gjennomføringen.

Reformen inviterer også kommunene til å tenke bredere i sitt rekrutterings- og opplæringsarbeid, for eksempel rekruttere ansatte med kompetanse på kjøkken og ernæring, sosialt arbeid og samarbeid med pårørende, frivillige og lokalsamfunn. Behovet for flere helsefagarbeidere framheves, med særlig vekt på voksne som rekrutteringsgrunnlag for fleksible veier til fagbrev.

Forskning og evaluering

Det er gledelig å registrere at reformen skal evalueres gjennom følgeforskning. Midtveis i reformperioden skal det utarbeides en forskningsrapport, slik at man kan følge beslutninger, planer og endringer, og også har mulighet til å justere kursen underveis. I 2023 skal hele reformen resultat-evalueres.

Tidsplan

Reformen skal legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode og innovative løsninger i tjenestene. I 2019 starter arbeidet med forberedelser. I neste fase skal det kartlegges og planlegges. Selve gjennomføringen med implementering og rapportering vil foregå i perioden 2020 til 2023. Siste fase i 2024 innebærer evaluering og forbedringsarbeid. Det legges opp til at kommunene skal få støtte og veiledning underveis i prosessen. Eldrerådene og den eldre befolkningen skal medvirke i det lokale fagarbeidet, med støtte og bistand fra fagmyndigheter, og nasjonale og lokale fagmiljøer.

Oppsummering

På mange måter representerer ikke reformen Leve hele livet noe nytt. Den er i bunn og grunn en eksempelsamling, med forslag til tiltak som kan implementeres og spres. Nettopp dette gjør reformen unik, ny og spennende! Det er en «nedenfra og opp»-reform som skal legge til rette for at alt det gode arbeidet som allerede gjøres i norske kommuner kan spres og implementeres andre steder. Reformen handler om å gjøre enkelte ting på andre måter enn før gjennom spredning av innovative løsninger, slik at vi i fellesskap kan skape et mer bærekraftig samfunn i møte med et samfunn med en sterk økning i antall eldre. Vi i Aldring og helse ser fram til å følge arbeidet med reformen videre.

LES MER:

Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre

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.

Leve hele livet

Regjeringen har nylig lagt fram stortingsmeldingen «Leve hele livet» som presenteres som en reform for eldreomsorgen i Norge. Det er uvanlig å snakke om reform når det i så liten grad legges opp til strukturelle tiltak. Her foreslås ingen endringer i ansvarsforhold, nye lovbestemmelser eller andre formelle tiltak. På den annen side har politikernes iver etter reformer også skapt begrepet «reformtrøtthet» som i hvert fall skolesektoren kjenner godt. Det er viktigere å spørre om hva som faktisk gir resultater ute i kommunene enn å jakte på endringer som kan få statsråder til å se handlekraftige ut. Vi bør for eksempel være glade for at regjeringen ikke følger opp ideen om et helt nytt statlig finansieringssystem for omsorgssektoren, slik eldreministerens parti lenge har ivret for.

Når dette er sagt, kan det være behov for sterkere lut enn hva regjeringen legger opp til. Det er ikke bare variasjon i kvalitet som er problemet i kommunene, men også alt for mange tilfeller av alvorlig svikt. Senter for menneskerettigheter ved Universitetet i Oslo dokumenterte for noen år siden en alvorlig risiko for menneskerettsbrudd ved norske sykehjem. Vi trenger en tettere statlig oppfølging av kommunene med veiledning og kompetansebygging, mer erfaringsutveksling og tydelige forventninger. At regjeringen nå ser ut til å ville styrke dette arbeidet er bra, men ikke tilstrekkelig. Uten en heving av kompetansen i omsorgssektoren vil vi ikke finne permanente løsninger på kvalitetssvikten. Noe som burde vært lagt inn som en del av «reformen» er derfor en langt sterkere, langsiktig og mer systematisk satsing på kompetansebygging, med tydeligere ambisjoner og mål, økte statlige tilskudd og et forpliktende samarbeid mellom alle involverte parter.

Et annet punkt hvor det er behov for konkrete endringer og nye ordninger, er ivaretagelsen av pårørende. Det er behov for bedre systemer for avlastning, og bedre løsninger for å kunne

kombinere arbeid og omsorgsoppgaver. Dette blir stadig viktigere ettersom vi får flere eldre, mange flere i de eldste årsgruppene, og færre yrkesaktive i forhold til pensjonister.

I forkant av meldingsarbeidet, la Nasjonalforeningen for folkehelsen fram tre forslag til overordnede tilnærminger: Å legge til rette for generasjonsmøter, det gode hverdagslivet og bedre samspill mellom tjenestene for helse og trygghet. Tilrettelegging for gode møter mellom generasjoner er en forutsetning for at aktive eldre skal kunne bruke sine ressurser og få impulser fra yngre. Det vil også gi yngre generasjoner økt forståelse for eldres situasjon. Tilrettelegging for slike møter bør derfor skje i boligplanlegging, tjenesteutvikling, arbeidsliv og frivillig innsats. Dette er utfordringer som ikke bare kan kvitteres ut i en stortingsmelding, men som må trekkes inn i samfunnsplanleggingen framover.

Det gode livet for eldre og personer med demens dreier seg om å ha hverdager med innhold, i hjemlig miljø, uansett helsesituasjon. Mat har en viktig plass her, siden mat og måltider er noe av det som kan skape gode opplevelser, fellesskap og helse. Dette oppfatter vi som viktige tema i stortingsmeldingen. Samhandlingsreformen har ikke sikret et godt samspill mellom nivåene i helsetjenesten til eldres beste. Mange eldre har sammensatte helseproblemer og helsetjenesten vår fungerer fortsatt best for de enkle problemene. Dette må de to statsrådene i Helse- og omsorgsdepartementet ta konsekvensene av i tida framover.

Omsorgstjenestene må være til for å støtte våre muligheter til å «leve hele livet». Det er bra at kommunene nå inviteres med i prosesser for å sikre dette bedre. Hvis en i tillegg husker på å involvere de som trenger omsorgstjenestene mest i å utvikle tjenestene, kan det komme mye bra ut av de ambisjonene regjeringen har.



SKREVET AV

Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Depresjon hos eldre er et alvorlig helseproblem og «moren» til mange andre av Eldres helseplager. På den nye nettsiden depresjonhoseldre.no finner du anbefalinger og opplæringsressurser for behandling.

www.depresjonhoseldre.no – Alt du vil vite om depresjon

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)



Mer enn 100 000 nordmenn i alderen 65+ antas å ha en depresjon eller depressive plager. Situasjonen er ikke spesiell. Verdens helseorganisasjon WHO oppfatter depresjonsplagen i befolkningen som så alvorlig at den på verdensbasis i 2020 anslås til å være den mest belastende sykdommen i verden.

– De aller fleste pasienter har likevel det vi kaller en mild depresjon, en tilstand som krever oppfølging av helsepersonell, men ikke nødvendigvis av spesialisthelsetjenesten, sier de som relanserer depresjonhoseldre.no, overlege og alderspsykiater Eivind Aakhus, vernepleier og helse- og sosialinformatiker Ingeborg Granlund, begge Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet, lege og konstituert fagsjef Alderspsykiatri Maria Lage Barca, ergoterapeut og fagkonsulent Anna Jerkovics samt sykepleier

og prosjektmedarbeider Allan Øvereng, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Viktigheten av å behandle depresjon ulikt, avhengig av depresjonsgrad, understrekes. På nettstedet vil du derfor finne kunnskapsbaserte anbefalinger om flere typer behandling, aktuelle tiltak og tilgjengelige opplæringsressurser.

Doktorgradsarbeid

Den første versjonen av nettsiden ble utviklet av Eivind Aakhus og Ingeborg Granlund som en del av et større EU-støttet forskningsprosjekt i 2013¹. Med tiltaket skulle de finne ut om man kunne implementere nye nasjonale retningslinjer ved depresjon hos eldre ved å skreddersy informasjon til fastlegene. Mens den randomiserte studien pågikk kunne ikke depresjonhoseldre.no være et søkbart nettsted. Og selv om mye av

1) Les mer om dette i demens & alderspsykiatri vol. 21 - nr. 2 - 2017



De som står bak depresjonhoseldre.no er Eivind Aakhus (t.v.), Maria Lage Barca, Ingeborg Granlund, Anna Jerkovics og Allan Øvereng.

nåværende innhold ble lagt ut allerede fra starten av, vennet publikum seg aldri til å bruke det senere offentlig tilgjengelige nettstedet. Aakhus og Granlund tok derfor kontakt med Aldring og helse med ønske om samarbeid og utvikling av nettstedet.

– Vi ble raskt enige om at sidene måtte få nytt design, at vi skulle etablere en ny portal med flere muligheter og at vi samtidig skulle utvide målgruppen, forteller Eivind.

Alt materiell som helsepersonell og andre kan tenkes å være interessert i når det gjelder depresjon hos eldre, er nå samlet på ett felles nettsted som er tilgjengelig for alle. Ved å redesigne innholdet språklig skal kunnskapene også være tilgjengelig for alle.

Tilbyr e-læring

– For helsepersonell kan tiltaket fungere som et alternativ til en ennå ikke etablert nasjonale retningslinje for behandling av depresjon hos eldre, mener utviklerne.

Leserne tilbys informasjon og verktøy. Her finner de manualer og aktuelle dokumenter, samt kunnskap om ulike strategier for tilnærming.

– Interesserte kan få e-opplæring på flere felt, vi har blant annet publisert et nettkurs i problemløsningsterapi, «lillebroren» til kognitiv terapi. Andre temaer som har betydning for både utvikling og behandling av depresjon, som rus, søvn, fysisk aktivitet og sosialt nettverk, er også omtalt

– Samlet viser det brede spekteret av tiltak som skal til i diagnostikk og behandling av depresjon hos eldre også behovet for en depresjonskoordinator i kommunehelsetjenesten. Et tiltak vi har tro på vil komme, sier de.



Professor emeritus
Gunnar Bjursell.

Kultur og hjernehelse

Sex & Drugs & Rock & Roll = sant

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Bilder, musikk, bevegelse og scenekunst. På hvilken måte påvirker ulike kulturelle inntrykk vår hjerne og helse?

Det var temaet for den nasjonale konferansen Kunst, mestring og omsorg i Bergen, arrangert av Verdighetssenteret og Nasjonalt kompetansesenter for kultur i helse og omsorg tidligere i vår.

– Vi har behov for kultur hele livet. Som en start, motor og faktor for utvikling, også ved demens, sier Gunnar Bjursell, prosjektleder for *Den kulturelle hjærnan*, eller *The Cultural Brain Initiative*, ved Karolinska Institutet, Stockholm.

Bjursell er professor emeritus i molekylærbiologi. Da han under ett av sine to foredrag skulle oppsummere hvor forskningen står i dag når det gjelder hjernen og de inntrykk vi får av kulturell art, siterte han det anerkjente forskningstidsskriftet *Nature*, som i sin hyllest til Darwins utviklingslære konkluderte med at vi ikke kan forstå menneskets evolusjon uten å ta hensyn til kulturen.



DEN KULTURELLA HJÄRNAN

Satsningen *Den kulturella hjärnan* / *The Cultural Brain Initiative* løfter fram og presenterer aktuell, kvalitetsstemplet forskning om relasjonen mellom kultur, hjerne, læring og helse. Innenfor prosjektets rammer tilbys en kombinert forelesningsserie/ forskerkurs som kan følges på kulturellahjarnan.se. Satsningen holder hus på Karolinska Institutet, og drives med støtte fra *Stockholm läns landsting* og *Statens musikverk*.

– Jeg tilhørte den første generasjons forskere som klonet menneskets gener, og studerte menneskelig genetikk. Gjennom dette ble jeg klar over hvor mye som er nedlagt i vår biologiske arv. Også vår evne til å ta til oss kultur, som ikke er tillært, men en nedarvet egenskap, sier han.

Genetikk og følelser

Bjursells interesse for hva kulturinntrykkene gjør med oss ble styrket da han arbeidet med arv, genetikk og folkesykdommer som kreft og hjertekarlidelser.

– Vi vet at en av de store risikofaktorene for hjerte- og karsykdom er hverdagsstress. Deri ligger også en av de store medisinske gevinstene man kan oppnå ved å forholde seg til kultur: Kulturelle opplevelser kan redusere stress. Motsatt kan en stresset hjerne svekke vårt immunforsvar.

Etter en konsert i Småland for 15 år siden ble hans forskerengasjement vekket for alvor.

– Vi var mange i auditoriet som satt med tårer i øynene fordi det hele hadde vært så vakkert. Uten egentlig å tenke over hva utsagnet innebar, sa jeg: Det er fantastisk hvilke biologiske effekter kulturen har! Musikk og andre kulturuttrykk kan få oss til å gråte, danse, bli redde og le, og slik gjen-speiles hele vårt følelsesregister. Noe av det mest spennende som foregår innen hjerneforskningen er at man nå kan måle det som skjer i hjernen. Ved å følge impulsene kan man se hvordan vi reagerer på ulike opplevelser. Man ser også at det vi driver med preger våre hjerner for livet (Connectome project).

Positiv kognitiv effekt

For Bjursell har det siden vært et hovedanliggende å få folk til å forstå at han mener alvor.

– Jeg lærte raskt at man trenger svært harde fakta for å nå fram med dette budskapet, i starten ble jeg møtt med både latterliggjøring og kollegial kritikk. Det store gjennombruddet kom da Fred Gages forskergruppe ved University of California dokumenterte at det dannes nye hjerneceller hele livet. Døde celler lar seg fortsatt ikke gjenopplive, men nå ble det viktig for flere å finne ut hvordan vi kan ta vare på og stimulere ny cellevekst. For tiden skjer det svært mye på dette området, og vi har gått fra å dele anekdoter til å gjengi forskning av høy kvalitet. Vi vet nå at hjernen er plastisk, og at den utvikles av læring gjennom hele livet. Jeg pleier å spiss-formulere vår kunnskap om dette med uttrykket «Sex & Drugs & Rock & Roll er sant», sier Bjursell.

– At musikk har en positiv kognitiv effekt vet man fra flere studier. Musikken binder oss sammen, den styrker også våre evner til å tenke og inngå i samspill. Ved å sammenlikne folks reaksjoner på ulike typer musikk ser man at yndlingsmusikken for enkelte avstedkommer en dopaminfri-

gjøring av farmakologisk styrke; den samme virkningen vi kan få av drugs/piller. At en New York Times-anmelder etter en flott Mahler-konsert beskrev publikums reaksjon som orgasmisk er heller ikke så rart. Studerer man hjernene til folk som blir euforiske av å lytte til visse typer musikk, ser man at opplevelsen påvirker det samme området i hjernen som når man har sex.

Kognitive konsekvenser

– Mennesket er født til å være musikalsk, musikken er en del av vår kommunikasjon. Det samme er kunst. Selv som babyer er vi forbedret til å legge det som har med tall og kulturelle uttrykk som musikk i ulike hjernehalvdeler. Barn som blir spilt for, eller som selv lærer å spille et instrument, drar kognitivt nytte av dette resten av livet. Synger de i kor styrkes ikke bare deres kognitive evner, men også deres sosiale kompetanse. Det samme gjelder barn som veiledes inn i billedkunstens verden. Positive biologiske effekter av kulturell aktivitet kan etter hvert måles og dokumenteres, uansett hvilken alder man har. Men det er viktig å fylle på. «Use it or loose it» er et viktig begrep. Om du ikke bruker hjernen i eldre år så svekkes den. Søk hele tiden etter nye utfordringer. Hvis du for eksempel liker kryssord, prøv en ny forfatter. Hvor viktig dansen er, blir vi også stadig mere klar over. Å bevege seg til musikk og lære nye trinn er ikke bare nyttig for hjernen, men også for balanse og benbygning, avslutter Bjursell.

AKTUELL LITTERATUR

All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Well-being. Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing: <http://www.artshealthandwellbeing.org.uk/appg-inquiry> (29.05.2018)

Collins FS, Fleming R. Sound Health: An NIH-Kennedy Center Initiative to Explore Music and the Mind JAMA. 2017;317(24):2470-2471.



«Fuglene flyver i flok»

En bok om aksjonsforskning, læring og praksisutvikling

Helle Krogh Hansen og Else Marie Rasmussen

Med hjerne og hjerte
– aksjonsforskning, læring og praksisutvikling

Fredriksberg: Frydenlund, 2018

Dette er en frodig og varm bok, skrevet «Med hjerne og hjerte» – som er hovedtittelen, i en sjelden kombinasjon. Det er en dansk bok, preget av danske tenke- og talemåter når det gjelder eldre og eldreomsorg. Den gir ettertanke, og utfordrer vår faglige selvforståelse.

Boken beskriver et aksjonsforskningsprosjekt i Horsens kommune i Danmark, ved Slotsgården – en «pleiebolig» for 16 personer med alvorlig demens, og ved Rosenkrantz – et «daghem» for sju brukere. Vi aner de fornemme omgivelser og den stolte fortid. «Det smukke gamle (Boller) slot» ble nedlagt i 2012, til sorg for alle involverte, for å gi beboerne moderne toromsboliger med tekjokken og eget bad. Kommunen ønsket å foreta et praksis- og anvendelsesorientert prosjekt, som skulle undersøke, dokumentere og formidle kunnskap om de gode resultater på Boller Slot. Prosjektet ble utvidet til et gjennomtenkt aksjonsforskningsprosjekt.

Boken gir detaljerte beskrivelser og analyser av hvordan forandringene er erfart av de involverte personene; lederne, personalet, beboerne og de pårørende, filtrert gjennom forskernes analytiske blikk. Det er altså en før, under og etter-studie, men ikke beskrevet – som det så ofte gjøres – ved før, under og etter-målinger ved «standardiserte instrumenter», men ved posisjonerte fortellinger som ivaretar at partene er berørt på forskjellig vis, har ulike roller og gir endringene ulik mening. Prosjektet anvender både «forskningens systematikk og praktikkens konkrete håndgripelighet». Den bruker «en vifte» av metoder; individuelle kvalitative intervjuer med pårørende, frivillige og medarbeidere, presenterer situasjonsbeskrivelser og gir en analyse av kjerneverdier som framkommer, deres fallgruver og utfordringer (SWOT-analyse: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Mangfoldet av metoder er nok mest velegnet for mindre enheter, for større enheter vil analysen bli svært kompleks.

Forfatterne har en språklig ambisjon om å skrive enkelt og klart. Dette er gjort med en frisk og frodig ordbruk som trekker inn ord som er sjeldne og funklende, uvanlige i forskningsøyemed. De anvender metaforer. «Fuglene flyver i flok» er hentet fra Benny Andersens presise observasjon av at «fuglene flyver i flok, når de er mange nok». Personalet sier gjerne: «Vi løfter i flokk». Begrunnelsen for å bruke en metaformodell er at den styrker forskernes mulighet til å være i dialog og «i øyeblikket» med de fagprofesjonelle, og respektere deres egne uttrykk og talemåter (s. 85). Metaforene fungerer som peilemerker som styrker en felles identitet. «Sammen kan vi det hele» uttrykker en sterk vi-følelse. Lederen bruker denne målrettet til å skape engasjement, stolthet, arbeidsglede og felles ansvar, noe som anses å være avgjørende for å skape god omsorg.

De overordnede verdier og tilnærminger er «sundhedsfremmende og sosialpedagogiske», altså ikke diagnostiske, medisinske eller behandlingsorienterte. Den «sundhedsfremmende» forståelse har hentet sterk inspirasjon fra Antonovskys teori (1979) om betydningen av en opplevelse av sammenheng i livet (Sense of coherence). Omsorgen rettes mot beboernes eksistensielle opplevelse av livet. De kalles gjerne borgere, et ord om understreker deres rettigheter og allmenne status – ikke pasienter. «Vi møter borgeren hvor borgerens behov er», sies det.

Forskerne minner samtidig om at en felles fasttømret oppfatning av rett og galt kan hindre en justering av kursen. Verdier kan ha fallgruver, bli diktatoriske og være «for mye av det gode».

Hva finner så studien om omsorgspraksis? Forskerne finner at den er velfungerende, fordi den er «respektfull, verdig, rolig og kjærlig». Hvor ofte ser vi ordet kjærlig brukt i norske forskningsrapporter? De fagprofesjonelle synes ikke å tvile på at menneskelighet – respekt, høflighet, toleranse, kreativitet, nærhet og omsorgsfullhet – er avgjørende for god omsorg. «Arbeidet er jo der man gir av seg selv, og får så mye igjen,» sier en medarbeider. Verdien leves, de er ikke blott fasade eller skuebrød. Her anerkjennes også følelsene i arbeidet. Som forskerne sier: «Arbeidet rører ved følelsene, og det er akseptabelt å involvere seg følelsesmessig» (s. 92). Jeg vil hevde følelser er en underkjent side ved helse- og omsorgsarbeid. Det gjelder ikke bare om å få mer kompetanse i sitt yrke, men oppnå forståelighet, mening og håndterbarhet (jamfør Antonovsky), slik at man kan oppleve og spre trivsel.

Bokens og studiens styrke er den allsidige metodiske tilnærming til aksjonsforskning, for å fange styrker og fallgruver i omsorgen for beboere med sterk demens, slik partene opplever det. Den er ryddig og systematisk, det er orden i den metodiske allsidigheten. Jeg har hatt stor glede av bokens språklige friskhet, som åpner for nye bilder i hodet og nye forståelser. Situasjonsbeskrivelsene er pedagogiske, inspirerende og instruktive, nettopp slik kan forskningsresultater konkretiseres og veilede til god praksis!

Anmeldt av seniorforsker, cand. psychol., dr. philos, Kirsten Thorsen,
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Eldres helse – og hvordan den kan utvikle seg



Cand.med. **Joakim Oliu Moe** disputerte i mars over avhandlingen *Trends and variation in health and senescence among the elderly in Norway*. Doktorgraden er gjennomført ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, og prøveforelesningen ble holdt over temaet «Eldreboen», hvor stor vil belastningen på helsetjenestene bli?

REFERANSER

1. Moe JO, Hagen T. Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008. *Eur J Ageing*. 2011;8(1):49–61. doi: 10.1007/s10433-011-0179-3.
2. Moe JO, Steingrimsdóttir ÓA, Strand BH, Grøholt E-K, Næss Ø. Trends in educational inequalities in old age mortality in Norway 1961–2009: a prospective register based population study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):911. doi: 10.1186/1471-2458-12-911.
3. Moe JO, Steingrimsdóttir ÓA, Strand BH, Næss Ø. Trends in remaining life expectancy at retirement age (65 years) by educational level in Norway 1961–2009. *Norwegian Journal of Epidemiology*. 2012;22(2):85–94. doi: 10.5324/nje.v22i2.1553.
4. Moe JO. Trends and variation in health and senescence among the elderly in Norway. Oslo: University of Oslo; 2018.

Stadig flere lever til de blir gamle, men bak gjennomsnittet skjuler det seg store forskjeller. Hvordan har utdanningsforskjellene i eldres dødelighet endret seg over tid i Norge, og har økningen i levealder medført flere eller færre leveår med funksjonssvikt mot slutten av livet?

Bente Wallander (tekst/foto)

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Som nyutdannet lege ble jeg nysgjerrig på hvordan eldres helse og helsetjenestebehov kunne tenkes å utvikle seg med stadig økende levealder. Spørsmålet har stor betydning for den enkelte så vel som for samfunnet. Det beste utgangspunktet for å kunne anslå noe om framtida er å kjenne våre egen historie og premissene for denne.

Hva undersøkte du?

– Arbeidet mitt har fokusert på tidstrender i to ulike helseområder for eldre. I den første delen studerte vi utviklingen i forekomsten av begrensninger i bevegelighet og uførhet i IADL-funksjoner (1). I den andre delen studerte vi utviklingen i betydningen av utdanningsnivå for dødelighet og forventet gjenstående levealder (2, 3).

Hva ble ditt viktigste funn?

– I den første delen fant vi bedring i eldres funksjonsevner og uførhet fra 1986 til 2008. Resultatene indikerer at levealderøkningen i denne perioden ikke medførte forlengelse av uførhet før døden, men snarere flere leveår med bevegelighet og selvhjulpenhet. I den andre delen fant vi at selv om dødeligheten falt betydelig fra 1961 til 2009, og døden dermed ble stadig mer forskjøvet til eldre år, var utviklingen mindre gunstig blant lavt utdannede enn høyere utdannede eldre, og forskjellene i forventet levealder økte.

Hva oppdaget du ellers?

– At det var vedvarende sosiale helseforskjeller blant eldre gjennom hele det siste halve århundret. Forskjellene var bemerkelsesverdig stabile gitt utviklingen i samfunnsforhold, velferd og helsetjeneste i samme periode. Jeg fikk også øynene opp for forskjellen på biologisk og kronologisk alder og betydningen av biologiske aldringsprosesser for eldres helse; jeg har argumentert for at mange degenerative sykdommer trolig kan ansees som endeprodukter av langvarig aldringsforfall. Dette forfallet påvirkes av konteksten vi lever i, og her ligger det et stort potensiale for folkehelsen. Samtidig må vi innse at det uunngåelige forfallet har stor betydning for utsiktene for eldres sykdomsbyrde og funksjonsnivå, nå og i framtida.

Hvilke planer har du videre?

– Jeg er for tiden under spesialistutdanning i fordøyelsessykdommer ved Sykehuset i Vestfold. I tillegg håper jeg å kunne arbeide videre med forskning på sammenhengen mellom biologisk aldring, sykdomsbyrde og dødelighet.

Opplevelse og mestring av hørselshallusinasjoner

Hallusinasjoner er et psykotisk symptom som kan oppstå ved ulike sykdommer eller tilstander. Den vanligste formen for hallusinasjoner er hørselshallusinasjoner, som ofte forbindes med alvorlige psykiske sykdommer som schizofreni eller paranoid psykose. Men hørselshallusinasjoner kan også være en del av symptombildet ved andre sykdommer som for eksempel depresjon, demens eller delirium, som er de hyppigste årsakene til psykose hos eldre (1). For å kunne støtte og hjelpe personer med hørselshallusinasjoner kan det være nyttig å prøve å forstå hvordan hallusinasjonene oppleves, og hvilke mestringsstrategier personene selv bruker for å gjøre det lettere å leve med hallusinasjoner. Denne artikkelen vil derfor belyse hva personene med hørselshallusinasjoner selv tenker om dette.

Innledning

For mange av oss er hallusinasjoner noe uforståelig og rart, noe vi kanskje ikke vet helt hvordan vi skal forholde oss til. Å være hallusinert kan være en skremmende opplevelse. Personen ser, hører eller lukter ting som ikke andre opplever. Noen kan også ha taktile hallusinasjoner, det vil si at de opplever at noen tar på dem, dytter dem eller lignende. Hørselshallusinasjoner kan være i form av lyder som banking eller enkelte ord, eller det kan være mer komplekse hørselshallusinasjoner i form av «stemmer».

Trude er plaget med hørselshallusinasjoner i form av negative stemmer. Ofte når hun er på badet og skal stelle seg kommer stemmene. Stemmene sier: «Du er stygg!» og «Uansett hvor mye du pynter deg, blir du aldri pen!» Trude vet at det er «stemmer», at det ikke er noen andre på badet, men hun blir likevel lei seg og roper at de skal slutte.

SKREVET AV

Signe Tretteteig,
sykepleier ph.d.,
redaktør og prosjektleder,
Aldring og helse

Maria Barca,
lege ph.d., fagsjef
alderspsykiatri,
Aldring og helse

Et systematisk litteratursøk viste at det er lite forskningsbasert kunnskap om hvordan en person med psykose opplever sine symptomer. Det lille som finnes er hovedsakelig knyttet til opplevelsen av hørselshallusinasjoner hos personer med alvorlige psykoser som schizofreni, og mestringsstrategier hos denne gruppen. Vi vil derfor begrense artikkelen til å presentere forskning om hvordan denne gruppen opplever hørselshallusinasjoner, beskrevet som «å høre stemmer», og ulike mestringsstrategier knyttet til håndteringen av disse hallusinasjonene. Det er lite forskning spesielt på eldres opplevelse av dette, så artikkelen vil derfor i hovedsak handle om voksne generelt. I mangel på studier av eldre, mener vi denne kunnskapen med forsiktighet kan anvendes også i forhold til eldre.

Hvordan oppleves det å høre stemmer og hva betyr de?

Forskning viser at personer som hører stemmer kan ha problemer med å vite om disse stemmene tilhører dem selv, det vil si om de er

FAKTA 1

Hva er psykose?

En psykose innebærer at en person har en forvridd virkelighetsoppfatning eller en realitetsbrist. I en psykose blir grensene mellom fantasi og virkelighet uklare. En psykose kan utvikle seg på kort tid (timer), eller over flere uker og måneder. Under stort press eller stress kan alle mennesker utvikle en psykose, men vi har ulik terskel eller sårbarhet for at dette kan skje.

Psykosetilstander kan deles inn i:

- Ikke-afektive psykoser: schizofreniformede psykoser (tidlig, sen eller meget sen debut), paranoid psykose (vrangforestillingslidelse) og akutt og forbigående psykose
- Affektive psykoser: bipolar lidelse og depresjoner med psykose
- Schizoaffective psykoser
- Psykoser ved demens, delirium og andre organiske sykdommer
- Rusutløste psykoser forårsaket av alkohol eller andre rusmidler.

Vil du lese mer om ulike former for psykoser, kan du gå inn på: <http://kurs.helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/18025>

Mer om forskjeller på schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, kan du lese i ICD-10-kodeverket: http://www.kith.no/sokeverktøy/icd10/html/KV_3.htm (2)

FAKTA 2

De vanligste psykose-symptomene:

- Hallusinasjoner (syn, hørsel, lukt og taktilt)
- Vrangforestillinger
- Tankeforstyrrelser og tankekaos
- Apati, tilbaketrekning og tiltaksløshet
- Hukommelses- og konsentrasjonsproblemer

I tillegg kan personen få kognitiv svikt og funksjonssvikt.

hallusinasjoner, eller om de er virkelige stemmer fra andre. Dagliglivet er ofte dominert av motstridende eller diskuterende stemmer som kan føre til en opplevelse av «å ha mistet forstanden». Lyden av, og innholdet i disse forvirrende hallusinasjonene kan oppfattes som et «ekko fra fortiden» og forsterke bekymringer for nåtid og framtid (3).

For å forstå hvordan det oppleves å ha stemmer, kan det være nyttig å prøve å forstå stemmenes innhold, det vil si hva som blir sagt, hvorfor de sier det de sier, og hva innholdet betyr for dem som opplever stemmene. I en studie beskrev personer med psykose hvordan de forstod sine stemmer. De beskrev at stemmer med et grandios innhold, det vil si stemmer som ga dem en opplevelse av å være utvalgt eller spesielt betydningsfull, ble relatert til mangel på relasjoner og en opplevelse av hjelpeløshet. Stemmer som trakasserte, for eksempel som sa at de var udugelige eller stygge, ble relatert til erfaringer med å bli misbrukt. Beordrende stemmer, for eksempel at de fikk beskjed om å gjøre spesielle ting, ble knyttet til følelsesmessige konsekvenser av at de hadde opplevd invaderende relasjoner og vanskelige livshendelser. Støttende stemmer, som for eksempel stemmer som sa at de var pene eller flinke, ble forstått som en erstatning for virkelige personer. Slik personer med psykose forstår det, kan funnene i studien tyde på at innholdet i hørselshallusinasjoner kan forklares og relateres til mellommenneskelige erfaringer (4).

Hallusinasjoner kan oppleves som styrende og ødeleggende i livet. I en studie beskriver personer med schizofreni at stemmene ga dem en opplevelse av å være mer en robot styrt av stemmene enn et menneske med

egen fri vilje. Stemmene var krevende å forholde seg til fordi innholdet ofte var motsigende, noe som opplevdes forvirrende. Personen fortalte at de brukte mye energi på å leve et normalt liv til tross for stemmene og at hallusinasjonene hadde ført til slitte relasjoner og familieproblemer (5).

Hvordan mestre psykotiske symptomer generelt, og stemmer spesielt?

Ifølge sårbarhets-stressmodeller relatert til psykose kan kognitive og atferdsstrategiske strategier hjelpe personer til å mestre stress i dagliglivet (6). Fordi stressmestringsstrategier kan endres med økende alder, kan ikke resultater fra studier av mestring hos yngre personer med psykose (under 65 år) nødvendigvis overføres til eldre. Det er derfor viktig med studier som undersøker hvordan eldre pasienter med psykose opplever, kontrollerer og mestrer stress. En slik studie viste at eldre med psykoser brukte betydelig flere problemfokusede mestrings-

strategier enn friske eldre, men at disse strategiene ikke fungerte så godt. De vurderte derfor egen stresshåndtering som mindre effektiv sammenliknet med eldre uten psykose. De hadde også færre venner og opplevde mindre følelsesmessig støtte. Ut fra dette kan vi si at eldre personer med psykose taklet stress og utfordringer dårligere sammenliknet med eldre uten psykoser. Alvorlig grad av psykosesymptomer var den enkeltfaktoren som hadde størst negativ innvirkning på mestringsopplevelsen. Det betyr at mestringsstrategiene hos eldre med alvorlige psykosesymptomer kan fungere dårligere enn hos de med lettere psykosesymptomer (7).

Stemmestring og trygghetssøkende atferd

En studie av personer over 55 år med schizofreni viste at 32 prosent av disse opplevde hørselshallusinasjoner. Gruppen 55+ hadde mindre hørselshallusinasjoner sammenliknet med yngre, men hallusinasjonenes karakter var for det meste lik de yngres opplevelse. Mer enn halvparten av de eldre som hadde hørselshallusinasjoner hørte daglig gode og hyggelige stemmer, eller negative kommanderende stemmer. Tjuefem prosent adlød de dårlige stemmene, mens 87 prosent adlød de gode stemmene. Dette kan tyde på at de eldre var flinkere til å vurdere stemmenes karakter og adlyde de gode stemmene mer enn de dårlige, noe som kan være en nyttig stemmemestringsstrategi. Tilstedeværelsen av stemmer var forbundet med flere depressive symptomer, men stemmemestringsstrategiene påvirket ikke humør eller funksjonsnivå hos personen. Det var ingen forskjeller i depresjon og sosial funksjon mellom personer som opplever gode versus dårlige stemmer. Depressive symptomer, Positive and Negative Syndrome Scale skåre på > 2 (se faktaboks), samt det å være mann, øker faren for hørselshallusinasjoner (8).

FAKTA 3

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (9) er en skala som brukes i utredning av personer med schizofreni. PANSS deler inn symptomene i positive, negative og allmenne symptomer. Med positive symptomer menes noe som *kommer i tillegg til eller går ut over* vanlige opplevelser. Eksempler på slike symptomer er hallusinasjoner og vrangforestillinger. De negative symptomene er relatert til *bortfall av psykisk fungering og redusert funksjonsnivå*. Eksempler på slike symptomer er sosial tilbaketrekning og manglende engasjement. I tillegg utredes personer for mer allmenne symptomer på psykisk sykdom som angst, depresjon, desorientering og dårlig impulskontroll (10).

PANSS-intervjuet er kopibeskyttet og lisensiert, det vil si at en må kjøpe tillatelse til å bruke det. Oppdatert informasjon om testene og undersøkelsene finnes på:

<http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/schizofreni-og-psykose>

Å forsøke å blokkere eller stenge ute lyder, beskrives som en annen stemmemestringsstrategi i kampen for å leve et normalt liv til tross for de begrensningene hallusinasjonene gir. En studie viste at ved å forsøke å ikke la seg styre av hørselshallusinasjoner, kunne personer med psykose leve et vanlig liv selv om de hadde plagsomme stemmer. Men i intense stemmefaser var dette vanskelig, da kjempet personene desperat for å finne pusterom og unngå å bli overvunnet av stemmer og lyder. I mindre intense faser utviklet de måter å mestre dagliglivet på til tross for stemmene (11).

Ikke alle mestringsstrategier for å takle eller unngå hørselshallusinasjoner er nødvendigvis hensiktsmessige. En slik mestringsstrategi er det som kalles *trygghetssøkende atferd*. Denne atferden går ut på å unngå ubehagelige eller truende situasjoner der stemmene blir spesielt plagsomme. Mestringsstrategien kan fungere godt på kort sikt, men kan være svært begrensende og uhensiktsmessig i lengden. Personer med hørselshallusinasjoner opplever at stemmene er troverdige og at innholdet har makt over dem både atferdsmessig og følelsesmessig. En studie viste at de fleste personer med hørselshallusinasjoner er avhengige av trygghetsatferd for å prøve å unngå eller redusere trusselen forbundet med stemmer. Men som en langsiktig konsekvens bidrar denne atferden til at personen opprettholder frykten for og troen på innholdet i stemmene (12).

Hvordan kan vi forstå denne kunnskapen?

Studiene understreker betydningen av at helsepersonell setter seg inn i og prøver å forstå hvordan det oppleves å «høre stemmer». At familie og helsepersonell har en utforskende og åpen holdning til hva stemmene betyr, er viktig i samhandlingen og behandlingen av personer med hørselshallusinasjoner.

Hvis stemmenes mening og innhold knyttes til relasjonelle erfaringer, fordrer det en varhet og forsiktighet hos helsepersonell i møte med personen som har hallusinasjonene og i møte med pårørende. En slik forståelse kan bety at det her ligger en dobbel utfordring i situasjonen; både i å takle hallusinasjonene i hverdagen og å hjelpe personen (og pårørende) til å håndtere mulige utfordrende relasjoner. Men det er ikke nødvendigvis slik. Om personer med stemmer har en relasjonell forståelse av innholdet i stemmene, og dette oppleves vanskelig, kan det være hensiktsmessig å peke på andre mulige måter å forstå stemmene på. For eksempel at stemmene er personens egne tanker eller at innholdet kan forstås slik en forstår sine drømmer.

Samarbeid med pårørende

- Behandlingsforskning på familieinkludering ved psykoselidelser har vist gode resultater.
- Pårørende må involveres i overensstemmelse med regler om taushetsplikt og pasient- og brukerrettighetslovens regler om pårørendes rettighet.
- Samarbeid med familien må tilpasses pasientens alder, situasjon, problematikkens varighet og sykdomsbelastning.
- Det må utøves klinisk skjønn når det gjelder hvordan tilbudet kan tilpasses familiens opplevelse av sin egen situasjon og motivasjon for å bli involvert i behandlingen (13).

I møte med pårørende er det viktig å understreke at en relasjonell forståelse ikke nødvendigvis er en «sann» forståelse, da dette handler om hallusinasjoner og ikke virkelighet. Familiesamarbeid kan være en god ressurs for en person med psykose (13). Å snakke med pårørende om ulike måter å forstå stemmer på kan åpne for refleksjon knyttet til stemmeopplevelser og hvordan stemmene påvirker dem og personen selv i det daglige. Det er viktig å understreke at hallusinasjonene er en del av psykosens slik at pårørende ikke skal oppleve seg ansvarlige for innholdet i stemmene, eller på annen måte oppleve at har direkte skyld i hallusinasjonene.

Å hjelpe en person til å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier for å håndtere sykdom er en sentral del av helsepersonellens oppgave. Ut fra kunnskap om at eldre personer med psykoser opplever å ha mindre effektive mestringsstrategier enn de uten psykose, bør helsetjenester satse på opplæring og mestrings trening for denne gruppen. Fordi studier viser at alvorlighetsgrad av psykosesyntomer er den enkeltfaktoren som har størst innvirkning på mestringsstrategier, kan derfor god symptomlindring ha stor betydning for personens mestringsmuligheter. Hos personer som opplever gode sykdomsperioder med mindre intense hallusinasjoner, kan stemmemestringsstrategier anvendt i disse fasene muligens overføres til mer stemmeintense faser. Helsepersonell kan da hjelpe personen til å bli bevisst sine mestringsstrategier i gode faser for å muligens kunne ha nytte av disse også i dårlige faser.

Trygghetssøkende atferd kan fungere som lindring i situasjonen, men kan medføre negative konsekvenser som for eksempel at personen isolerer seg og trekker seg unna sosiale fellesskap og blir ensom. Det å føle seg ensom kan være direkte relatert til det å ha en alvorlig psykisk sykdom (14). Ensomhet hos personer med psykose handler om opplevelsen av «å være alene», som kan relateres til at psykosesykdom fører til at personen i stor grad, eller i perioder, er fysisk og følelsesmessig isolert fra sosiale fellesskap. Ensomhet kan også handle om «å føle seg ensom», der for eksempel samspillet med andre kan oppleves utfordrende. I tillegg kan konsekvensene av sykdommen, som arbeidsuførhet og dårlig råd, gi redusert mulighet til et aktivt sosialt liv (15).

Oppsummering

Det finnes i dag lite forskning på hvordan det oppleves å ha en psykose. Den forskningen som finnes viser at det oppleves krevende å leve med hørselshallusinasjoner og at det kan føre til store utfordringer i dagliglivet. Hørselshallusinasjoner i form av stemmer kan forstås i et relasjonelt aspekt, det vil si at den hallusinerende knytter stemmene til relasjonelle erfaringer. Stemmer kan være positive eller negative og ha ulik form og innhold. Hallusinasjonenes karakter ser ut til å være uavhengig av alder, men eldre kan ha en tendens til å la seg styre mer av positive stemmer sammenliknet med yngre. Alvorlig grad av psykose kan ha negativ innvirkning på personens stemmemestring i

dagliglivet. God kontroll av symptomer er derfor en sentral del av helsepersonells støtte og hjelp til å mestre et liv med stemmer. Det samme er forståelsen av hvordan det er å oppleve stemmer og støtten til å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier, slik at trygghetssøkende atferd ikke får dominere personens hverdag og føre til isolasjon og ensomhet.

■ signe.tretteteig@aldringoghelse.no

REFERANSER:

1. Engedal K. Alderspsykiatri i praksis: lærebok. Tønsberg: Forl. Aldring og helse; 2008. 296 s. : ill. p.
2. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guideline. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Kalhovde AM, Elstad I, Talseth AG. Understanding the experiences of hearing voices and sounds others do not hear. *Qualitative health research*. 2013;23(11):1470-80.
4. Strand J, Olin E, Tidefors I. 'I divide life into different dimensions, one mental and one physical, to be able to handle life, you know?' Subjective accounts of the content of psychotic symptoms. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2015;22(2):106-15.
5. Suryani S, Welch A, Cox L. The phenomena of auditory hallucination as described by Indonesian people living with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013;27(6):312-8.
6. Klausen V, Hagen R. Kognitiv atferdsterapi ved psykose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2008;45(5):545-54
7. Berry K, Barrowclough C, Byrne J, Purandare N. Coping strategies and social support in old age psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(4):280-4.
8. Cohen CI, Izediuno I, Yadack AM, Ghosh B, Garrett M. Characteristics of auditory hallucinations and associated factors in older adults with schizophrenia. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2014;22(5):442-9.
9. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261-76.
10. Løberg EM, Johnsen E. Kap. 5. Psykose lidelser. In: Kennair RHLEO, editor. *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. p. 104-21.
11. Kalhovde AM, Elstad I, Talseth AG. «Sometimes I walk and walk, hoping to get some peace.» Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:23069.
12. Chaix J, Ma E, Nguyen A, Ortiz Collado MA, Rexhaj S, Favrod J. Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2014;220(1-2):158-62.
13. Helsedirektoratet. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser In: Helse- og omsorgsdepartementet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.
14. Nilsson B, Lindstrom UA, Naden D. Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(1):93-101.
15. Andersson G, Denhov A, Bülow P, Topor A. Aloneness and loneliness – persons with severe mental illness and experiences of being alone. *Scandinavian Journal of Disability Research* 2015;17(4):353-65

Demensomsorgens ABC i ny drakt

I høst gir Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ut en ny og oppdatert versjon av Demensomsorgens ABC perm 1.

ABC-opplæringen er et tiltak for kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Fra 2007 til i dag har flere enn 30 000 ansatte i 96 prosent av landets kommuner deltatt i Aldring og helses ulike ABC-opplærings-tilbud. Opplæringen omfatter ABC-permer som inneholder hefter på ulike fagområder. Deltakerne leser et hefte i forkant av hvert tverrfaglige ABC-gruppemøte på arbeidsplassen, og det gjennomføres halvårslige fagseminar hvor både lokale og nasjonale fagressurser bidrar i undervisningen. Hver deltaker mottar et ABC-bevis fra Aldring og helse for godkjent gjennomføring.

Styrke kompetansen i demensomsorgen

Demensomsorgens ABC har siden oppstart vært svært populær. Målgruppen er faglærte og ufaglærte ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester som arbeider med personer med demens, og i 2017 gjennomførte nær 4 000 personer opplæringen i Demensomsorgens perm 1, 2 og 3.

Det overordnede målet med Demensomsorgens ABC er å gi oppdatert kunnskap om demenssykdommer og økt kompetanse i god og helhetlig demensomsorg. Dette vil bidra til at personer med demens blir møtt med forståelse og respekt – og at de får nødvendig helsehjelp og oppfølging.

Helsedirektoratets føringer

Siden 2007 har Demensomsorgens ABC gjennomgått flere revisjoner, men ingen så omfattende som denne. Nå er alle heftene skrevet på nytt, nye forfattere har utarbeidet heftene og antall permer er redusert fra tre til to. Det siste betyr at opplæringen kan gjennomføres på to år.

Helsedirektoratet er oppdragsgiver for revisjonen og har vært sterkt involvert i revisjonsarbeidet. Det innebærer først og fremst at alt innhold skal være i tråd med Nasjonal faglig retningslinje om demens. Det er mye positivt ved å forankre opplæringen i den nye retningslinjen, blant annet så sikres personsentrert omsorg, kravet om faglig forsvarlighet ivaretas og leseren blir oppmerksom på at det er en forskjell mellom begrepene «må», «bør» og «foreslås». Nasjonal faglig retningslinje om demens anvender nemlig begrepene «må» og «skal» ved lovbestemte og regelfestede anbefalinger. Begrepene «bør» og «kan» brukes ved sterke anbefalinger for eller imot et tiltak, og begrepene «kan» og «foreslås» brukes der svake anbefalinger er gitt.

Aktuell for alle som jobber i eldre- og demensomsorgen

Demensomsorgens ABC er aktuell for hele kommunehelsetjenesten. Innholdet i heftene er relevant for de som arbeider i institusjoner,

SKREVET AV
Kariann Krohne,
Ansvarlig redaktør
Demensomsorgens ABC,
Nasjonal kompetanse-
tjeneste for
aldring og helse



dagaktivitetstilbud eller hjemmebaserte tjenester og for ansatte i administrasjon og ledelse. For å imøtekomme bredden i den tverrfaglige lesergruppen så har demensforløpet blitt synliggjort. Dette innebærer at i tillegg til å gi kunnskap om hva demens er, de forskjellige demenssykdommene, personsentret omsorg og miljøbehandling, så gir perm 1 en innføring i hele demensforløpet. Her finner du hefter som beskriver rutiner for utredning og diagnostisering, oppfølging av hjemmeboende, heldøgns omsorg og palliativ demensomsorg.

Alle som arbeider i helse- og omsorgstjenesten kan med den nye Demensomsorgens ABC bidra til å gjøre hverdagen enda bedre for personer med demens og deres pårørende.

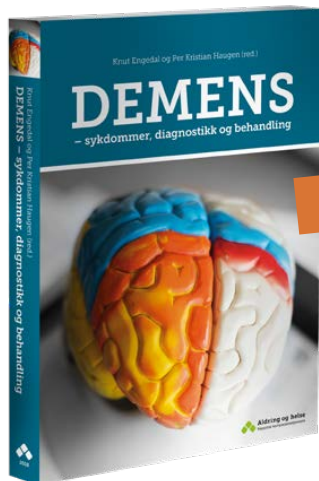
Demensomsorgens 

KOMMER HØSTEN 2018

NY BOK FRA



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



NY LÆREBOK

ISBN 978-82-8061-339-4
400 sider
kr 550,-

Introduksjonspris frem til 20. juni **kr 480,-**

Knut Engedal og Per Kristian Haugen (red.)

DEMENS

– sykdommer, diagnostikk og behandling

Denne nye læreboka er skrevet for helsepersonell med bachelorgrad, psykologer og leger, men den vil også være nyttig for annet helsepersonell som i sitt arbeid møter personer med demens. Innholdet i boka bygger på læreboka *Demens – Fakta og utfordringer*, 5. utgave fra 2009, men stoffet er omfattende revidert og har fått ny struktur.

Boka er delt inn i sju: 1: Om demens, 2: Ulike årsaker til demens, 3: Delirium og psykiske lidelser, 4: Diagnostikk, 5: Nevropsykiatriske symptomer, 6: Tiltak til personer med demens og pårørende, 7: Biljking og juridiske spørsmål.

Knut Engedal og Per Kristian Haugen har vært redaktører, og en rekke dyktige fagfolk har bidratt som medforfattere.

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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

SKANDINAVISK LEDERKONFERANSE 2018

GOD DEMENSOMSORG – ET SPØRSMÅL OM LEDELSE?

22.-23. oktober 2018 • DGI-byen i København



Skandinavisk lederkonferanse er et samarbeid mellom Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse i Norge, Svenskt Demenscentrum i Sverige og Nationalt Videnscenter for Demens i Danmark.

For fjerde gang samler vi ledere fra hele Skandinavia til to dagers konferanse med fokus på ledelse og god demensomsorg.

I 2018 er temaet: Hvordan sikrer vi personsentrert omsorg gjennom hele demensforløpet?

Mer informasjon
og påmelding

<http://www.conferencemanager.dk/skandinaviskkonf2018NO>



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Svenskt Demenscentrum

DEMENS DAGENE 2018

Oslo Kongressenter 4.-5. desember

Meld deg på Norges største
konferanse innen demensfeltet
www.aldringoghelse.no/Demensdagene



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Søk nå!

DITT FORSKNINGSPROSJEKT KAN FÅ

75.000,- i forskningsstøtte**Leon Jarners
Forskningspris**

Minnefondet vil i 2018 dele ut en forskningspris på kroner 75 000 til et forskningsprosjekt om demenssykdommer, personer med demens eller pårørende, som er utført eller er under utførelse i Norge.

Resultatene fra prosjektet må ha nyhetens interesse. Prisen deles ut i forbindelse med Demensdagene – som arrangeres hvert år i desember. I forbindelse med prisutdelingen må mottakeren holde en forelesning på 30 minutter.

Dersom prosjektet skal komme i betraktning, må det ikke være eldre enn fire år. Prosjekter fra alle fagretninger er aktuelle og kan være av medisinsk, sykepleievitenskapelig eller samfunnsvitenskapelig karakter. Resultatene kan være publisert eller upublisert. I søknaden må det angis hva prispengene skal brukes til, for eksempel om det skal brukes til driftsmidler til noe spesielt utstyr eller lignende. Pengene kan også brukes til en studiereise eller opphold ved en annen forskningsinstitusjon innen- eller utenlands. Rapport må sendes Minnefondets styre senest 1 år etter prisutdeling.

Det foreligger ikke særskilt søknadsskjema. Beskrivelse av prosjektet med angivelse av metodene som er brukt, de viktigste resultatene og hvilken betydning resultatene kan ha, skrives på to-tre A4-sider med 1,5 linjeavstand, skriftstørrelse 12. Eventuelle publikasjoner fra prosjektet må vedlegges.

Søknad kan sende til Toril Utne, toril.utne@gmail.com innen 1. september 2018.

Søknadene vil bli vurdert av en jury bestående av tre fagpersoner fra ulike fagfelt.

Leon Jarner (1910-79) var advokat og en musikkpersonlighet. Han hadde ikke selv Alzheimers sykdom eller aldersdemens, men hadde et nært familiemedlem som var rammet. Leon Jarners Minnefond, opprettet i 1989, er en uavhengig stiftelse som arbeider for å fremme forskning om Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer.

Les mer på www.alzheimerforskning.no

Kursholder i **TID** med kompetanse til å tilby opplæring ▶ 19.–20. september 2018

**Tverrfaglig Intervensjonsmodell for
utfordrende atferd ved Demens**

Best Western Oslo Airport Hotell – **Gardermoen**

Mål: Lære TID-modellen og å holde TID basiskurs

TID er spesielt utviklet for å utrede, tolke og behandle nevropsykiatriske symptomer ved demens og andre komplekse lidelser.

Målgruppe: Sykepleiere eller annet helsepersonell med høyskole/universitetsutdanning som arbeider i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Kurset er særskilt aktuelt for personell som har undervisning eller fagutvikling som del av sine arbeidsoppgaver.

Arrangør: Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet.

Påmeldingsfrist: 29. august 2018
For nærmere informasjon og påmelding:
www.tidmodell.no



Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST

Psyk-IT er en foredragsserie som hver måned tar for seg et nytt emne. Lenke til foredraget sendes ut til påmeldte på e-post. Hvert foredrag varer cirka 20 minutter, og det blir et nytt tema hver gang. Deltakelse i Psyk-IT er gratis.

KOMMENDE FOREDRAG:

14. aug. Demensutvikling hos personer med utviklingshemning Foreleser: Frode Larsen, Aldring og helse

På nettsiden **psykit.no** finner du informasjon om påmelding og program.
Her får du også tilgang til de videoforedragene som allerede er publisert.

www.psykit.no



Kurs og konferanser høsten 2018

KURSPERIODE	TEMA	STED
SEPTEMBER		
4.-5. sept.	VPM Kursholderkurs	Oslo
12.-13. sept.	Konferanse Hukommelsesteam	Stavanger
18. sept.	Kols hos hjemmeboende eldre	Oslo
25. sept.	Intervensjoner på eldre pasienter	Oslo
OKTOBER		
16. okt.	Temakonferanse om aldring og utviklingshemning	Oslo
19. okt.	Alderspsykiatri i praksis	Bergen
22.-23. okt.	Demenssykdommene diagnose og behandling	Oslo
23. okt.	Psykiske lidelser i eldre år	Haugesund
23.-25. okt.	Basiskurs Demens	Hamar
NOVEMBER		
6.-7. nov.	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
DESEMBER		
4.-5. des.	Demensdagene 2018	Oslo

For oppdatert informasjon om det enkelte kurset/ konferansen henviser vi til Kursoversikten på hjemmesiden vår.
Her legges kursinvitasjoner med program ut fortløpende – og det er mulighet for direkte nettpåmelding.

Velkommen til våre kurs og konferanser!



SKANN RETT
TIL NETTSIDEN

<http://www.aldringoghelse.no/kurs-og-konferanser>

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Sentralbord: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Sykehuset i Vestfold

HELSE  SØR-ØST



Oslo
universitetssykehus



Skriv i Tidsskriftet aldring og helse

Retningslinjer for publisering

Tidsskriftet aldring og helse mottar og publiserer fag- og forskningsartikler fra fagområdene demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne. Til tidsskriftet kan du også sende inn en kommentar, kronikk eller et debattinnlegg.

For å gjøre stoffet tilgjengelig for flest mulig, oppfordres forfatterne til å holde seg til et lett forståelig språk. Fremmedord som ikke er alminnelig kjent, skal forklares.

Fagartikler

Fagartiklene skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis, og overskrider sjelden 15 000 tegn med mellomrom. Bilder, grafer og figurer sendes som separate filer.

Innsendte artikler skal før publisering leses og godkjennes av minst to av redaksjonskomiteens medlemmer. Redaksjonen forbeholder seg retten til, i samråd med forfatter, å redigere og forkorte manuskripter.

Fagartikler skal ikke inneholde flere enn 20 referanser, og sendes elektronisk til tidsskriftets redaktør:

bente.wallander@aldringoghelse.no.

Vitenskapelige artikler

Tidsskriftet aldring og helse er godkjent som vitenskapelig publiseringskanal på Nivå 1. Vi publiserer tverrfaglig innen våre fagfelt, fra forskning om pleie og omsorg, medisin, psykologi, ergoterapi, fysioterapi, sosialt arbeide med mere. Artikler som vurderes for publisering skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres. Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser eller metasynteser vil bli vurdert for publisering. Sekundærpublisering, det vil si publisering av en artikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt.

Det vitenskapelige artikkelmanuskriptet og eventuelle tabeller sendes elektronisk til *fagredaktor@aldringoghelse.no*.

Fagfellevurdering

Tidsskriftet aldring og helse praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). Det benyttes fagfeller fra Norge og de nordiske land. Innsendt manuskript blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer. Resultatet av vurderingen blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekreftet mottatt.

For fullstendig forfatterveiledning se
www.tidsskriftetaldringoghelse.no

Etikk

Forskningsartiklene i Tidsskriftet aldring og helse skal holde en høy etisk standard. Forskning presentert i bladet skal være i henhold til «forskningsloven» (1), følge hovedprinsippene i «Vancouver-konvensjonen» (2) og «Helsinkideklarasjonen» (3). Studier der reglene krever det, skal være godkjent av den regionale etiske komiteen for medisinsk forskning (REK) og Datatilsynet (ved dataombudet).

Referanser

Litteraturhenvisninger skal, både for fag- og forskningsartikler, følge retningslinjene fra International Committee of Medical Journals, såkalt Vancouver style.

Referansene nummereres fortløpende i den rekkefølgen de første gang forekommer i teksten. Henvisningene settes vanligvis til sist i setningen. De enkelte referansene skilles med komma; med bindestrek dersom henvisninger følger fortløpende (eks.: 1-5, 15, 18). Referansene plasseres på slutten av manuskript i samme rekkefølge som de nevnes i tekst. Forfattere siteres med etternavn og initialer for fornavn. Dersom det er flere forfattere, skal det i referanselisten angis inntil fem forfattere etterfulgt av «et al». Dersom navnet på tidsskriftet begynner med en bestemt artikkel, skal denne utelates (eks.: for The New England Journal of Medicine utelates «The»). Etter tidsskriftets navn angis årstall og volum-nummer atskilt med semikolon. Dersom gjeldende tidsskrift bruker ny paginering i hvert nummer, angis årstall og nummer i parentes. Sidetall skrives også fullt ut. Personlige meddelelser refereres i referanselisten.

Eksempler:

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)

Reference List

1. LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>. 2013.
2. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. International Committee of Medical Journal Editors. Ann Intern Med 1997 Jan 1;126(1):36-47.
3. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>. 2013.



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

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

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

presse.no

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

Abonnér på Tidsskriftet aldring og helse

4 UTGAVER
ÅRLIG

For kun kr
420,-

Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:

Nett: butikk.aldringoghelse.no/tidsskriftet

E-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no

Tlf.: 33 34 19 50

*Abonnementet gjelder fram til det sies
opp skriftlig.*

TIDSSKRIFTET
aldring og helse

www.tidsskriftetaldringoghelse.no

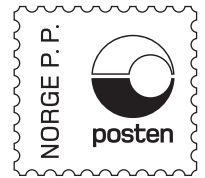


Foto: Martin Lundsvoll

Helt til slutt Eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen foretok den offisielle lanseringen av e-læringsprogrammet Palliasjon og demens på Solberglia sykehjem i Nedre Eiker. På bildet ser du også kommunens ordfører, Bent Inge Bye. Sammen hygget de seg med pasienter og pårørende. Kurset er foreløpig utviklet for sykepleiere og helsearbeidere. Et tilsvarende kurs for leger lanseres rundt nyttår. Programmet er utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (på oppdrag fra Helsedirektoratet), med Siren Eriksen som ansvarlig redaktør. Kurset er gratis for alle som vil ta det.

Du finner kurset på aldringoghelse.no/e-læring.

www.tidsskriftetaldringoghelse.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG