

TIDSSKRIFTET **aldring og helse**

AKTUELT – Nytt forskningssenter

FAG – Forebygging av fall

YTRING – Inkluderende nabolag



AKTUELT TEMA:
Boliger for eldre

4



11



17



23



AKTUELT

- 4 Dilla på delirium
- 11 Stortrives i sitt nye hjem
- 12 Idd samlokaliserte bolig
– et bofellesskap for eldre personer med utviklingshemning
Didrik Ueland
- 14 Hva kjennetegner et godt botilbud
- 16 Planlegger hageby for personer med demens
- 17 Tenker integrering og inkludering
- 18 Storsatsing strandet i Sandefjord
- 20 Nytt forskningssenter skal gi helhetlig behandling
av eldre
- 22 Vil granske overgrep, vold og forsømmelser i sykehjem
- 24 Livet leves ikke i en helsetjeneste

BOKOMTALE

- 30 SORG. 2. utg., revidert
- 30 Alle vil leve lenge – men ingen vil bli gamle

YTRING

- 8 Hvordan skape inkluderende nabolag
Solvår Wågø
- 23 Bli Demensvenn!
Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen

BOKANMELDELSE

- 28 Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgssektoren.
En antologi
Øyvind Kirkevold

FAG

- 31 Fra avviksmeldinger til økt pasientsikkerhet
Et prosjekt om fallforebygging i sykehus
*Elsa Grødal, Mari Aksnes, Fariba Barmaki,
Bodil A. McPherson, Maria Stylianou Korsnes*
- 34 Eksistensielle opplevelser hos enslige yngre personer
med demens – en forløpsstudie
Kirsten Thorsen, Knut Engedal, Per Kristian Haugen, Aud Johannessen

VITENSKAP

- 19 MR – et godt hjelpemiddel ved demensutredning
Disputas Karin Persson



Rom for liv

I denne utgaven av Tidsskriftet aldring og helse kan du lese flere artikler om boliger for eldre. Gjennom livet speiler boligen vårt liv, vår smak og gir oss en trygg ramme. Dette er et viktig poeng også ved planlegging av boliger for eldre og personer med oppfølgingsbehov.

Boligene bør utformes slik at de som bor der kan leve meningsfulle og selvstendige liv, som ved behov fremmes av godt organiserte tjenester og personalressurser. Tilrettelegging kan bidra til økt livskvalitet, og velferdsteknologi kan gjøre det enklere for personer med funksjonsnedsettelse og/eller kognitiv svikt å klare seg selv. Mestring, trygghet, trivsel og velvære er viktige stikkord. Det samme er bolig-omsorgsvisjonen *Smått er godt*, når man skal samlokalisere boliger for eldre med oppfølgingsbehov.

Målet er at beboere i slike boliger skal oppleve seg som integrert og inkludert i sitt nabolag, men slike bygg kan av og til oppleves som negative og stigmatiserende. Ikke minst for eldre med utviklingshemning, som i tillegg kan assosiere fellesboliger med en reversering av ansvarsreformen. Det er viktig at planleggere og politikere har dette i bakhodet i sitt pågående innovasjons- og fornyingsarbeid. Det forventes større omsorgsutfordringer, og tilgjengelige ressurser må utnyttes til beste for samfunnet og den enkelte. Vi må våge innovative løsninger, teste ny teknologi og nye faglige metoder. Men også ta hjertet med oss i videre tilrettelegging og omsorg for svake grupper, slik at boligen oppleves som det hjemmet den faktisk skal være.

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 14. september 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:
Jorunn Gruber Kristiansen og
Inga Emilie Johnsen,
idd samlokaliserte bolig.
Foto: Martin Lundsvoll





Dilla på delirium

Bente Wallander (tekst/foto)

Legesønnen Leiv Otto Watne bar aldri på noen drøm om selv å bli medisiner. I dag er han doktor og hektet på deliriumforskning. – Jeg håper å kunne holde på med dette i flere år framover, sier han.

Leiv Otto Watne vokste opp i Sande, rett utenfor Førde. Han tilbragte også flere år av sin barndom i Kongo, der begge foreldrene var leger ved et misjonssykehus.

– Vi bodde der i to perioder, første gang da jeg var ni og ti år gammel, og siste gang da jeg var 13 og 14 år. Det siste oppholdet ble avsluttet noe tidligere enn planlagt på grunn av indre politisk uro, forteller han.

Slik Leiv Otto husker det trivdes han svært bra, selv om Kongo er en ganske spesiell plass i verden og alt fungerte helt annerledes enn hjemme. Sammen med sine to yngre søstre gikk han på en liten norsk internatskole to og en halv times kjøretur hjemmefra.

– I starten var det uvant og jeg savnet mine foreldre veldig. Vi var helt avkuttet fra resten av verden, uten tilgang til telefon, så det var ikke enkelt å oppnå kontakt. Etter hvert likte jeg meg likevel godt. Jeg fikk også mange kongo-

lesiske venner som jeg sparket fotball med hver dag. På slutten av det siste oppholdet snakket jeg derfor swahili ganske bra. I dag er det meste forsvunnet, men når vi får inn pasienter her på sykehuset som er fra Kongo kan jeg fortsatt veksle noen ord med dem på deres eget språk.

Egne positive erfaringer til tross; for trebarnspappaen Leiv Otto er det uaktuelt å sende egne barn på internat.

– Avstanden mellom skole og hjem skaper en distanse mellom barn og foreldre som jeg ikke ønsker å oppleve som forelder. Jeg hadde det helt fint på internatskolen, men vil ikke sende mine egne barn vekk for flere uker om gangen. Jeg hadde savnet dem så mye at det hadde jeg ikke orket.

Tilfeldigheter og flaks

Da Leiv Otto skulle begynne på videregående flyttet familien fra Sande til Førde.

– Det var fint for meg og mere praktisk for mor og far, som den gang jobbet på sykehuset der.

Etter videregående flyttet han selv til Oslo – uten noen klar femårsplan for egen framtid.

– Jeg var veldig glad i gym og begynte på Idrettshøgskolen. Der trivdes jeg svært godt i to år. Deretter hadde jeg tenkt å fortsette med fysikk og kjemi i Trondheim, men endret søknaden i siste liten. Det ble til at jeg likevel søkte meg inn på medisinstudiet i Oslo.

Den avgjørelsen har Leiv Otto aldri angret på.

– Nei, det ble egentlig mye bedre enn jeg hadde trodd. Legeyrket hadde aldri vært noen drøm for meg, men studiet var rett og slett kjempebra. At jeg sitter her i dag kan derved tilskrives tilfeldigheter og flaks mer enn familietradisjoner.

Da tida for turnustjeneste kom, havnet Leiv Otto igjen i Førde.

– Selv om det i utgangspunktet var sistevalget mitt, siden jeg jo var fra Førde og hadde tenkt å benytte turnustiden til å bli bedre kjent i Nord-Norge og Finnmark. Men da hun som den gang var min kjæreste fikk jobb i Førde, avgjorde det saken også for meg.

Leiv Otto trivdes heldigvis veldig godt på hjemlige trakter.

– Å se sitt eget fylke med et nytt blikk var lurt. Det er så utrolig fint der. Jeg satte stor pris på turnustiden ved Førde sykehus og distriktstjenesten i Jølster.

Navn	Leiv Otto Watne
Alder	41 år
Familie	Gift med Oddveig Nygård. Tre barn i alderen 4, 7 og 9 år
Bor	Hellerud i Oslo
Bakgrunn	Lege/forsker, medisinsk avdeling, Oslo Universitets- sykehus Ullevål Er i spesialisering i geriatri og indremedisin

Et hovedprosjekt

Når det kom til stykket ville han derfor bli værende på Vestlandet.

– Da fikk hun som nå var blitt min forlovede jobb i Oslo, så det endte i stedet med at jeg fulgte med henne dit. Det som for meg først var en liten nedtur endret seg imidlertid raskt. Jeg var veldig heldig da jeg søkte og fikk jobb ved geriatrik avdeling på Ullevål. Der likte jeg meg kjempegodt!

Delirium (akutt forvirring) hadde han lest om på medisinstudiet, men innrømmer at han aldri helt forstod hva det var. Dette endret seg raskt da han startet i turnustjenesten.

– Det var overraskende å se hvor mange pasienter på sykehuset som var forvirret. Jeg kan ikke huske at dette var noe som fikk så stort fokus, og tenkte vel at det var normalt at spesielt eldre pasienter ble forvirret når de ble innlagt i sykehus.

Fascinerende forløp

Ved geriatrik avdeling ved Ullevål sykehus ble delirium viet større oppmerksomhet, men det var først da han startet som stipendiat i et prosjekt om behandling av pasienter med hoftebrudd at Leiv Otto personlig ble spesielt interessert i delirium.

– Akutt endring av kognisjon og oppmerksomhet er spesielt vanlig hos pasienter med hoftebrudd, og i prosjektet hadde jeg som daglig oppgave å undersøke om pasientene hadde delirium eller ikke. Det var fascinerende i seg selv å følge så nøye med på pasienter gjennom et deliriumforløp. Jeg forstod også hvor skremmende delirium kan være for pasienter og pårørende, og at det å bli så forvirret kan være det som gjør mest inntrykk av alt som skjer i løpet av sykehusoppholdet.

– Vi vet fortsatt veldig lite om hva som skjer i hjernen ved delirium, men tilstanden kan knyttes til dårlig prognose, inklusive økt risiko for demens, forklarer Leiv Otto.

Bedre mobilitet

– Med professor Torgeir Bruun Wyller som hovedveileder begynte jeg som doktorgradsstipendiat å forske på hvordan forebygge delirium hos hoftebruddspasienter på geriatrik avdeling¹. Siden har delirium vært mitt prosjekt.

329 pasienter med hoftebrudd ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, ble inkludert i studien. Halvparten av dem var innlagt til be-

handling ved geriatrik avdeling mens den andre halvparten lå på ortopedisk.

– Vi håpet at vi med riktig behandling på geriatrik avdeling kunne forebygge delirium hos disse pasientene. Slik gikk det ikke. Delirium var like vanlig i begge grupper, sier Watne.

– Forklaringene på dette er flere. Den ortopediske avdelingen som vi sammenliknet oss med var allerede spesielt interessert i hoftebruddspasienter, og gjorde flere tiltak som sannsynligvis er viktige for å forebygge delirium. Ved geriatrik avdeling representerte hoftebruddene en helt ny pasientgruppe. Det tar alltid lang tid for en avdeling å bli fortrolig med nye diagnoser. Studien over to år kan dessuten ha vart i litt for kort tid.

Positive funn

At pasientene fra geriatrik avdeling hadde bedre gangfunksjon enn dem som ble behandlet ved ortopedisk, ble samtidig et overraskende funn.

– Men en liknende studie som ble gjennomført i Trondheim konkluderte med det samme. Det går bedre med hoftebruddspasienter som behandles med en geriatrik input og flere steder i Norge har innledet et tett samarbeid mellom ortopediske og geriatrike miljøer, forteller Leiv Otto.

Hans egen nysgjerrighet på delirium ble bare styrket i løpet av de årene han arbeidet med doktorgraden.

– For hva skjer egentlig i hjernen til de pasientene som brått blir helt forvirret? De kan gå fra å være fullstendig friske i ett øyeblikk til å bli nærmest «sprø» i det neste. Dette skulle jeg gjerne vite mer om.

Vanlige misforståelser

Kunnskapene om delirium er fortsatt lav, både i medisinske miljøer her hjemme og på den internasjonale forskerarenaen. For få år siden var Leiv Otto én av under hundre forskere som arbeidet med delirium som hovedprosjekt. Dette er nå i endring, men helsepersonells manglende kompetanse kan fortsatt medføre feil diagnose og behandling.

– Når pasienter får delirium på sykehus tilkaller man ofte psykiater eller søker pasienten innlagt på psykiatrik avdeling. Men akutt oppstått forvirring hos pasienter i en somatisk avdeling, som ikke har en kjent psykiatrik sykdom, er nesten alltid delirium, sier Leiv Otto.

«Det går bedre med hoftebruddspasienter som behandles med en geriatrik input.»

1) Watne LO. Doktoravhandling. Delirium in hip fracture patients - consequences, prevention strategies and pathophysiological mechanisms. Oslo: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. 2014.

En annen vanlig misforståelse er at delirium alltid er utløst av alkohol. Om man drikker mye alkohol over lang tid, kan man utvikle delirium. Men for de fleste eldre innlagt i sykehus med delirium, er ikke alkohol utløsende.

Det er også noen som tror at delirium og demens er den samme tilstanden.

– Vi vet at de to tilstandene er knyttet tett sammen, men det er viktig å se og forstå forskjellene. Demens er stort sett en kronisk tilstand som utvikles over måneder eller år, mens delirium oppstår akutt over timer eller dager. Symptomene kan være ganske like, du møter en forvirret pasient som ikke kan redegjøre for hvor vedkommende er eller hva som har skjedd. Det er viktig at man da snakker med noen som kjenner pasienten godt fra før. Vi skal uansett aldri diagnostisere demens i et akuttmottak. Ved rett behandling av årsaken vil delirium som oftest også gå over når behandlingen er avsluttet.

Søker svar i spinalvæske

Gjennom et sideprosjekt til Leiv Ottos doktorgradsarbeid ble pasientenes spinalvæske samlet inn.

– Det er ikke enkelt å ta slike prøver av en pasient som har utviklet delirium, og heller ikke enkelt å få tillatelse til å hente ut spinalvæske fra ellers friske folk. Hoftebruddspasientene var derfor en perfekt «match» for oss. På dem måtte det uansett gjennomføres en spinalpunksjon i forbindelse med bedøvelsen før operasjonen.

– Ved å analysere spinalvæsken kan vi få nyttig informasjon om det som skjer i hjernen, men det første jeg fant ut var at dette arbeidet var vanskeligere enn jeg trodde. Jeg trodde at siden delirium var så dramatisk, ville det være enkelt å finne forskjeller i spinalvæsken mellom pasienter med og uten delirium. I etterkant forstår jeg jo at dette var veldig naivt, men vi har funnet noen forskjeller som vi mener er spennende. For eksempel er det noen betennelsesmarkører som ser ut til å være økt hos pasienter med delirium.

Et tema for livet

I dag bruker man spinalvæske til å lære mere om det som skjer i hjernen ved delirium.

– Vi har fått mye hjelp til å analysere spinalvæskene vi har samlet inn. Spinalvæske er jo litt mer «eksklusivt» enn en blodprøve. Og så øker interessen for delirium når folk forstår hva det innebærer, at det er en problemstilling som gjelder så mange og samtidig innebærer så skremmende opplevelser for dem som opp-



lever det. Vi har derfor store planer for dette arbeidet. Nå skal vi blant annet sammenlikne spinalvæske fra friske gamle med de som har fått delirium. Jeg samarbeider også mye med min kollega på Ullevål, Anne Brita Knapskog, som har samlet spinalvæske fra pasienter som utredes for mulig demenssykdom. Vi vet at den som allerede har en demenssykdom også har særlig høy risiko for delirium ved hoftebrudd. Det nye, som er spennende, men alvorlig, er at delirium ser ut til å øke risikoen for demens. Det er viktig å øke forståelsen for dette, for kanskje kan man forebygge demens gjennom å forebygge delirium? Takket være støtte fra Nasjonalforeningen fra folkehelsen og fra Helse Sør Øst, har jeg nå en konkret plan for hvordan jeg kan holde på med dette i flere år framover, sier Leiv Otto.

Aktiv fritid

Leiv Otto Watne har med andre ord mer enn nok å beskjeftige seg med i uoverskuelig framtid. Aktiv er han også privat. I korridoren på jobben står sykkelen og venter.

– Jeg elsker el-sykkelen min. Med den kommer jeg meg fram nærmest over alt.

Han er ellers glad i å sparke fotball sammen med venner og går masse på konserter.

– Favorittmusikken er litt tung rock, men jeg lytter til mange forskjellige sjangre, også hip-hop. I det siste har jeg ellers lytta mye på podcast. Det følger som kjent mye rydding med småbarnsperioden. Jeg er veldig glad for at podcastene kan gjøre de kjipe sidene av småbarnslivet til en fest. Det matcher perfekt.

Trebarnsfamilien har hittil holdt igjen litt på barnas fritidsaktiviteter.

– Men fra og med i høst endrer det seg. Nå vil sønnen vår begynne på fotballtrening mens datteren vår har lyst til å prøve klatring. Noe mindre travelt blir det nok ikke med det første!

▲
Leiv Otto elsker
sykkelen sin.

«Det nye, som er
spennende, men
alvorlig, er at delirium
ser ut til å øke risikoen
for demens.»

Hvordan skape inkluderende nabolag?



Les mer i rapporten:
Inkluderende
nabolag? Samspill
mellom ulike bo-
og servicetilbud og
nabolag i bydelen
Havstein i Trondheim



SKREVET AV
Solvår Wågø,
forsker, SINTEF

Samlokalisering av ulike botilbud oppfattes ofte som noe negativt, men ulike tilbud i nærheten av hverandre kan også bidra til etablering av arealer og møtesteder som kan brukes av flere. Nye og ulike kombinasjoner av samlokalisering med bibliotek, barnehage, kafé, bakeri og liknende kan gjøre et område attraktivt for flere.

Bolig og integrering er sentrale elementer i utvikling av inkluderende byer og nabolag. Mange botilbud for personer med behov for tilrettelegging og sentre med omsorgstilbud samlet på ett sted står imidlertid i fare for å oppleves som negativt og stigmatiserende. På den annen side kan en gjen- nomtenkt utforming og lokalisering bidra til aktiviteter som støtter opp om senterutviklingen i lokalmiljøet.

Fra tilbud for noen få til ressurs for alle

Forskere fra SINTEF Byggforsk har undersøkt synergier mellom ulike bo- og omsorgstilbud i en bydel i Trondheim: Hvordan kan samlokaliseringen utnyttes som en ressurs, og hva skal til for at helse- og velferdssentre også kan fungere som gode møteplasser og sosiale nav i et nabolag? Prosjektet er finansiert av Husbanken og utført i samarbeid med Trondheim kommune.



Havstein med parken og krigskirkegården i nord byr på vakre rekreasjonsområder. Kirka, vannspeil og den gamle gårdsbebyggelsen på Havstein gård er elementer i landskapet som gir gjenkjennelse, tilhørighet, interaksjonspåskudd og noe å snakke om. Benker og stoppesteder gir muligheter for å sette seg ned, betrakte landskap og omgivelser, kanskje også dele opplevelsen med noen en møter. Foto: Solvår Wågø, SINTEF Byggforsk.

Havstein er en bydel med mange ulike bo- og servicetilbud konsentrert i et lokalmiljø. Lokalmiljøet har også lang erfaring med et helse- og velferdssenter som har forsøkt å være et åpent tilbud i nabolaget. Trondheim kommune ønsket å undersøke samspill og synergier mellom bo- og omsorgstilbud og nabolag i Havstein bydel, og hvordan nærmiljøet oppfatter og benytter de åpne tilbudene på senteret.

Utgangspunktet for studien i Havstein bydel er erfaringer fra en evaluering av åtte ulike botilbud i Trondheim for yngre med fysiske funksjonsnedsettelse. En av de største utfordringene i små fellesskap med få beboere, er at det er færre mennesker å samhandle med, færre å være sosiale med, og det vil nødvendigvis også være færre ansatte. På den andre siden kan mindre boforhold bli mer «familiære» enn større botilbud på helse og velferdssentre. Utforming og størrelse kan også påvirke måten omsorgen ytes på. Beboere i undersøkelsen forteller om ulike behov og foretrekker ulike løsninger. Det å selv kunne oppsøke andre tilbud og aktiviteter i nærmiljøet, gir frisk luft og

impulser, og bidrar til opplevelsen av normalitet og å være en del av et helt vanlig nabolag.

Inkluderende bydelstenking

I bunnen for begge undersøkelsene ligger målsettingen om å bidra til en inkluderende bydelstenking der det å være en del av et lokalsamfunn står i fokus. Gode nærmiljø oppstår der folk både har mulighet for – og også grunn til – å møte hverandre. Muligheter for å møtes kan være knyttet til felles interesser rundt en aktivitet, fellesarealer, en benk, en park, en tursti. Møtene vil ikke minst kunne oppstå for eksempel i nærbutikken, på kafeen, på biblioteket. Norske bydeler har sjelden torg og fortauskaféer, men de fleste bydeler har en eller flere nærbutikker eller kjøpesentre med en kafé, et bibliotek eller bare en benk å sette seg ned på. Dette er verdifulle steder for variasjon i hverdagen, for «å se andre folk» og for uformell interaksjon med andre. For mange er det også svært viktig at disse møtestedene er i nabolaget, at dette stedet er nøytralt og «normalt», og at besøkende kan være der som en av mange andre gjester.

Har overføringsverdi til andre kommuner

Fokus i undersøkelsen av samspillet mellom ulike botilbud, service-tilbud, aktiviteter og nærmiljø på Havstein, har vært å skaffe kunnskap om hva som gjør en bydel attraktiv, mangfoldig og inkluderende. Funnene



Nærbutikken og biblioteket; steder for aktiv eller passiv interaksjon. Foto: Karin Høyland, SINTEF Byggforsk.



Bydelskaféen på Havstein Helse- og velferdssenter benyttes av beboerne på senteret og av faste grupper av besøkende. På Havstein ligger, som på Ladesletta, en barnehage med et stort potensial for samspill med botilbudene. Foto: Solvår Wågø, SINTEF Byggforsk (Havstein bydelskafé) og Marit Brodal, Trondheim kommune (Ladesletta helse- og velferdssenter).

kan gi innspill til en diskusjon av strategi for hvordan Trondheim og andre kommuner kan drive byutvikling og etablere botilbud for personer med ulike hjelpebehov som del av en helhetlig områdeplanlegging. Ett av målene i denne undersøkelsen var å kartlegge erfaringer som kan ha overføringsverdi til andre kommuner.

Utvikle felles visjoner

Service- og rekreasjonstilbudet på Havstein omfatter et godt busstilbud, nærhet til marka og fine turstier. Innenfor en radius på en km finnes flere nærbutikker, bensinstasjoner, pizza- og take-away-restauranter, men den eneste kaféen i området er bydelskaféen på Havstein Helse- og velferdssenter med en meget begrenset åpningstid. Mer uformelle møtesteder må man til Byåsen butikkssenter, andre kjøpesenter eller sentrum for å finne.

På en felles workshop arrangert i regi av dette prosjektet, fikk de ulike enhetene utvikle noen felles visjoner for en bedre bydel. På Havstein finnes det mennesker med ulike behov, ressurser og utfordringer, og ulike arealer. Men det er mye å gå på når det gjelder å utnytte synergier mellom de ulike botilbudene og ressursene hos beboerne. Inkludering og normalisering har til nå i stor grad fokusert på selve botilbudet. Det er imidlertid i møte med andre man opplever deltakelse og mestring.

Det ble drøftet sambruk av både arealer og folk i større utstrekning enn i dag. Det finnes beboere med interesse og kompetanse til å drive et ressurs-senter i bydelen med kafé, treningssenter og butikker (bruktbutikk, nisje-butikker, egenproduserte og egendyrkede produkter), utleie av arbeidskraft og frivillighetssentral. Informasjon og koordinering samt en slags nettbasert pool, eventuelt organisert og designet som en app og/eller en informasjonstavle med hva som skjer hvor, var ett av forslagene som ble diskutert.

Å studere suksesskriteriene for inkluderende bomiljø i bydeler, områder, nabolag og bygg der man har fått det til, vil være en naturlig oppfølging av denne studien. Å formidle gode eksempler med beskrivelse av hva de har lyktes med, hvorfor og hvordan, ville andre kommuner kunne ha nytte av ved planlegging av urbane naboskap og inkluderende nærmiljø for alle.

Fokus må derfor i større grad rettes mot områdekvaliteter å bygge videre på. Kommunikasjon og koordinering kan i tillegg bidra til sambruk og samhandling der både materielle og menneskelige ressurser kan deles og bidra til at gode historier skapes i inkluderende nabolag.

■ solvar.wago@sintef.no



Jorunn Gruber Kristiansen (t.v.) stortrives i egen hjem i Idd samlokaliserte bolig. Her med vernepleier Inga Emilie Johnsen.

Stortrives i sitt nye hjem

Bente Wallander (tekst) / Bente Wallander og Martin Lundsvoll (foto)

Jorunn Gruber Kristiansen (73) er en av flere fornøyde beboere i Idd samlokaliserte bolig. Før flytting hadde hun oppfølging i egen leilighet i Halden sentrum. Nå nyter hun fellesskapet i boligen, livet på terrassen og utsikten mot et landlig åkerlandskap.

Jorunn Gruber Kristiansen er opprinnelig ei landsens jente fra Nes.

– Å bo her blir nesten som å komme «hjem» igjen for meg, synes hun.

73-åringen har innredet sin nye leilighet med omhu. Her har alt sin faste plass. Et stort tv-apparat opptar plass på den ene kortveggen.

– Jeg er veldig glad i å se på tv, så den står på mye av tida, forteller Jorunn.

Favorittkanalen er TV Østfold, som blant annet har et program der de kjører rundt i Halden med bil.

– De sender mye musikk også. Det er veldig moro å se på!

Før Jorunn flyttet til Idd jobbet hun som selger på butikken Edderkoppen.

– Jeg pensjonerte meg når jeg flytta hit, men det var hyggelig da de gamle kollegene kom på besøk hit med en minibuss, smiler hun.

Hva er det beste med å bo i den nye leiligheten din?

– Tryggheten! Det jobber ganske få her, jeg kjenner alle og de kjenner meg. De vet at jeg er redd for heis og ikke er glad i trapper. Aller best har jeg det når jeg kan rusle en tur ut med en kaffekopp og en røyk på morgenen.

Fellesskap og trygghet

Boligen består av sju leiligheter med egen stue, tekjøkken og bad. Fem beboere i alderen 46 til 86 år har flyttet inn til nå. To av beboerne reiser fortsatt på jobb hver dag, andre har på grunn av alder behov for roligere dager.

En av leilighetene brukes i perioder av en beboer som trenger ekstra trygging før eventuell flytting. Vedkommende ønsker seg sosiale hverdager som på Idd, men har vært skeptisk til selve flytteprosessen.

– Vi lar flyttingen ta den tida som er nødvendig for den enkelte, opplyser avdelingsleder Didrik Ueland.



Jorunn Gruber Kristiansen synes detaljene er viktige. – Alt har sin faste plass, forteller hun fornøyd.

Alle som får en leilighet her har sendt søknad om flytting, enten via verge eller ved selv å gi uttrykk for at man ønsker det. Beboerne representerer ulike brukergrupper, alle har ikke samtykkekompetanse. Et viktig punkt ved vurdering av søkerne er at de har ytre ønske om fellesskap.

– Leilighetene er ikke så store. Hvis noen først og fremst ønsker stillhet, ro og hvile i eldre år, eller har problemer med det sosiale, anbefales de ikke å søke seg hit.

Husets sentrum

Midt i det nyoppussede bygget ligger en romslig fellesstue, med utgang til terrassen. På et godt utstyrt kjøkken rett ved tilberedes og tilpasses all mat.

– Siden dette er et hjem og ikke en institusjon, er det mange ting som må ordnes på andre måter enn det vi er vant til. Beboerne spleiser blant annet på maten. Vi har systematisert innkjøpene, sørget for at de får stordriftsfordeler og koordinerer den daglige matlagingen. Hvis noen har lyst til å lage sin egen mat, på eget tekkjøkken eller felleskjøkkenet, fikser vi det. Det har å gjøre med å tilpasse løsningen til de som bor her. Det er nesten som om du skulle flytte inn i et studentbokollektiv.

Idd samlokaliserte bolig – bofellesskap for eldre

Behovet for, og ønsket om, en egen bolig for eldre personer med utviklingshemning i Halden kommune hadde vokst fram over tid. Flere personer var blant annet hjemme på dagtid, uten et sosialt fellesskap med andre enn bistandsyter. Ideen om et nytt botilbud som kunne bidra til en sosial og meningsfylt hverdag for personer som ikke lenger ønsket eller orket å være i jobb eller tilrettelagte tilbud, vokste fram. I 2016 vedtok politikerne i Halden å opprette en slik bolig.

Nyoppussede leiligheter

Idd samlokaliserte bolig ble en realitet i et bofellesskap som hadde stått ledig over lengre tid. Etter oppgradering og oppussing med lyse, trivelige farger, består bofellesskapet av sju leiligheter med rolig beliggenhet, store uteområder og flott utsikt – nær Fredriksten festning i Halden.

Et halvt år før oppstart ble det invitert til åpen dag ved den nye boligen. Etter den dagen begynte flere framtidige beboere å glede seg til innflytting, og kort tid etter ferdigstillelse var det tre søkere til botilbudet. Den 10. april 2018 klokken 08.00 ble det offisiell drift i boligen, og første beboer flyttet inn. Per 2. juli 2018 er fem beboere på plass og en leilighet tildelt,

mens den siste leiligheten fortsatt står ledig. Målet er at alle leiligheter skal være tildelt i løpet av året.

Å flytte til Idd samlokaliserte bolig skal være basert på frivillighet. Nåværende beboere flyttet inn gradvis, slik at hver og en fikk tid til å bli kjent og komfortabel i den nye situasjonen. Behovet for å tilpasse og trygge den enkelte beboer i overgangsperioden ble vurdert som så viktig at personer som beboerne kjente fra før ble satt inn i avdelingens turnus.

Fra en tidlig fase hadde man en tett dialog med de som hadde kjennskap til den enkelte beboer, og et nært samarbeid med pårørende og verger. Noen beboere tok det lengre tid å bli kjent med. Ansatte på Idd hadde da en overlappingsperiode med ekstra opplæring og tid for å opprette trygghet. Fordi Idd samlokaliserte bolig var et helt nytt botilbud, var det ikke bare de ansatte på avdelingen og beboerne som måtte bli kjent med hverandre, men også beboerne seg imellom.

Individuelle ønsker

I den første planleggingsfasen var det tenkt at ingen av beboerne ville benytte seg av et dagtilbud, da botilbudet i seg selv ville ivareta det sosiale. Dette gikk man raskt bort fra,

Som bistandsyttere må vi ha fokus på å ta hensyn til hver enkelt. Samtidig må vi respektere at folk er ulike. I ett tilfelle opplevde vi at en av de som bor her var litt skeptisk til en annen, det hadde blant annet vært litt høylytthet i gangen. Etter å ha jobbet med dette over sommeren ble begge tryggere på hverandre, så nå går det kjempefint.

Sosiale forventninger

Forventninger om et sosialt fellesskap uttrykkes.

– Vi stiller ingen krav, men prøver å inkludere til fellesskapet med en stor tv, vaffelsteking og aktiviteter. Hva vi gjør er avhengig av beboerne. Noen liker å gå tur, da gjør vi det. Andre vil heller kjøre en tur. Det er et genialt konsept, men vi går også inn i en del gråsoner. Hvis vi legger for stor vekt på at vi skal gjøre noe felles risikerer vi å overkjøre individuelle behov. Siden dette er en ny løsning, både for beboerne og oss, må veien få bli til mens vi går – ut fra beboernes ønsker og behov, understreker Didrik Ueland.



På terrassen vernepleier Inga Emilie Johnsen (t.v.), Jorunn Gruber Kristiansen og helsefagarbeider Sonja Sandberg.



– Å flytte til Idd samlokaliserte bolig skal være basert på frivillighet, sier daglig leder Didrik Ueland.

personer med utviklingshemning

fordi enkelte av de som hadde et dagtilbud ved innflytting fortsatt ønsket å benytte dette. Dagtilbud tilpasses nå hver enkelt beboer. Avdelingen sørger for at eventuelle framtidige ønsker om nedtrapping og/eller overgang til annen løsning blir ivaretatt.

Før oppstart drøftet ansattgruppen hvordan man tenkte det skulle være i bofellesskapet. Brukertilpasning er viktig, hver enkelt beboer skal ha mulighet til å påvirke sitt hjem og sine behov. Avdelingen er innrettet med tanke på at den skal bidra til et sosialt bofellesskap, men beboere som ønsker seg roligere dager skal også få mulighet til det. Det er fokus på å opprettholde egne ressurser hos hver enkelt. Her har man også vært tydelig på at alle personer med utviklingshemning får individuelle tjenester, og at det skal følges opp. For at man lettere skal få til aktiviteter er det allerede gjort to justeringer i bemanningen; En bemanningsøkning og en justering av tidspunkt i turnusen.

Styrket kompetanse

Nesten alle ansatte som ble med i oppstarten av botilbudet hadde erfaring fra arbeid med brukergruppen eldre personer

med utviklingshemning. For å ivareta oppfølgingen av hver enkelt beboer ble det i planleggingsfasen vurdert behov for å ha både en sykepleier og en vernepleier i avdelingens grunnbemanning. Etter hvert som personer søkte seg til bofellesskapet, ble behovet for sykepleierkompetanse revurdert. Ved behov for sykepleietjenester bistår nå den nærliggende hjemmetjenesten. Idd samlokaliserte bolig ligger vegg i vegg med et sykehjem, hvor det også jobber sykepleiere. I bofellesskapet er det ansatt én vernepleier, og i høst lyses det ut ytterligere en vernepleierstilling. Flere av avdelingens ansatte er påmeldt opplæring gjennom Demensomsorgens ABC – Perm 1, med blant annet «demens hos personer med utviklingshemning» som et viktig punkt.

Idd samlokaliserte bolig har som mål å styrke de ansattes kompetanse fortløpende hvis kartlegging viser at beboernes behov endres. Slik vil beboerne til enhver tid være sikret riktig og tilpasset oppfølging.

Av Didrik Ueland, avdelingsleder Idd og Kvartsveien samlokaliserte boliger, Halden



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

Hva kjennetegner et godt botilbud?

Mange boliger som i dag tilbys personer med demens eller funksjonsnedsettelse ble planlagt og bygget i en annen tid. Hvordan kan vi sjekke om de er hensiktsmessige og tilpasset sine beboere?

– For personer med demens er det svært viktig å kunne se, gjenkjenne og forstå sine omgivelser. Og for å finne mening i hverdagen må man kunne mestre sine omgivelser, sier ergoterapispesialist i eldrehelse, ph.d.-stipendiat Torhild Holthe, som i *Demensboka* (1) utdypet betydningen av et tilrettelagt bomiljø.

– De fysiske omgivelsene er en del av miljøbehandlingen til personer med demens, sier hun; – Både som ramme rundt miljøbehandlingsaktiviteter og omgivelser tilpasset deres funksjonsnivå og ferdigheter.

Enkle endringer

Hvordan vurderer vi så en reell bosituasjon i for eksempel en skjermet enhet?

– Forestill deg at du har en demenssykdom og sitter der i stua. Kanskje husker du ikke hvor du er eller hvorfor du er der? Da er det viktig at omgivelsene gir deg noen ledetråder. Bevisst bruk av farger og kontraster på interiør og gjenstander er viktig. Når vi må på toalettet blir vi for eksempel lett stresset hvis vi ikke kan se eller kjenne igjen døra. Siktlinjer er viktige,

alle wc-dører bør i tillegg merkes. Hvis alle toalett dørene i en bolig er røde, lærer beboerne seg å kjenne dem igjen. Merking av kjøkkenet og din egen dør er også viktig: «Der bor jeg ja. Navnet mitt står på døra.»

Trygghet og hjemlighet er et viktig trekk ved det vi oppfatter som et hjem. – Å kunne omgi seg med det man synes er fint oppleves som identitetsstøttende. Slik bør vi også tenke i omsorgsboliger og sykehjem. Det skal ikke alltid så mye til. Godstolen, familiebilder eller noe beboerne har formet i tre eller brodert; Det viktigste er at det har betydning for dem. De må også kunne oppleve boligen som privat sone, et fristed der de selv kan bestemme.

God belysning skaper økt forståelse

«Lys er en livsbetingelse. Fremfor alt er dagslysets kvaliteter av stor betydning for oss mennesker.» «Synet er derfor et av våre viktigste redskap til erfaring, realisering og erkjennelse. Muligheten til å kunne orientere seg og bevege seg sikkert fra et sted til et annet, er en grunnforutsetning for et selvstendig liv.» Sitatene fra Helena Kives fagartikkel «Lys gir livskvalitet» (2) minner oss om at bevisst bruk av lys skaper økt aktivitet og en god atmosfære. «Det gir en helsegevinst, samtidig som det bidrar til å redusere faren for ulykker», argumenterte hun.

– Men motlys og reflekser forstyrrer synsinntrykket, så det bør unngås, føyer Torhild Holthe til. – Dørterskler med blanke lysreflekterende plater oppfattes lett som en høydeforskjell. Når folk instinktivt løfter beina for å unngå denne snubler de lett. Det samme skjer når de må skritte over den «grøfta» mørke terskler oppfattes som. For eldre som strever med dybde-



– Det er viktig at omgivelsene gir deg noen ledetråder om hvor du er, sier Torhild Holthe.

Foto: Skjalg Bøhmer Vold

syn, dårlig balanse og er dårlige til beins kan slikt bli en ekstra utfordring. Jeg hørte en gang om en vaktmester på et sykehjem som hadde erstattet et gammelt gulvbelegg i heisen med et nytt, svart belegg. Han forsto lite da flere av beboerne plutselig nektet å gå inn i heisen. Men de oppfattet ikke lenger belegget som et gulv, de så bare et stort svart hull. Kontraster som illuderer fordypning eller forhøyning kan på den måten bli til utilsiktede barrierer som hindrer fri og trygg ferdsel. Det bør vi unngå.

Ute og i offentlige bygg

– Prinsippene for bogrupper for personer med demens gjelder også andre steder de oppholder seg, som deres private hjem eller dagtilbud. En viktig del av det fysiske miljøet er uteareal og sansehager, nærmere beskrevet i Demensbokas kapittel *Sansehage som miljøbehandling for personer med demens*.

Holthe viser i den forbindelse til Nasjonalforeningens fokus på universell utforming, presentert på nettsiden <https://nasjonalforeningen.no/universell-utforming>.

– Samfunnet må tilpasses den som har demens, og ikke omvendt. På nettsiden finner du blant annet en arbeidsbok med eksempler på utfordringer personer med demens kan møte. Oppfordringen må bli: «Skriv ut sjekklisten for universell utforming og ta den med på en tur i lokalmiljøet for å se om din kommune er tilrettelagt for personer med demens», sier Torhild Holthe.

1. Holthe T. Betydningen av et tilrettelagt fysisk miljø. I: Tretteteig S. (red.) Demensboka. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg, 2016: 310-323.

2. Kive H. Lys gir livskvalitet. Fagartikkel i Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri 2-2014.

Husbanken viser vei

Bente Wallander (tekst)

Husbanken samarbeider med kommuner som planlegger nye sykehjem/landsbyer for personer med demens, og har som en av sine oppgaver å tilby dem investeringstilskudd og lån.

I sin nettbaserte guide Veiviseren.no understreker Husbanken at tilrettelegging for personer med kognitiv svikt er et generelt krav ved planlegging av omsorgsboliger og sykehjem. Som veiledning til kommunene har banken listet opp en lang rekke krav som skal oppfylles når man bygger for personer med demens.

I hovedsak beskrives små omsorgsgrupper for personer med demens som det ideelle: *Vi anbefaler på det sterkeste at det ikke er mer enn seks beboere i én gruppe. Hvis kommunen ut fra helhetlig vurdering og ressursbruk vil ha åtte beboere i gruppen, bør det være mulighet for deling av gruppen. I tilfeller hvor det kun er planlagt ett felles oppholdsrom bør det være mulighet til å dele rommet, eller å ha en liten ekstra stue slik at noen beboere kan skjermes ved behov, sies det.*

Flere hagebyer i startgropa

Veiviseren beskriver også et nytt konsept for personer med demens, kalt demenslandsby eller hageby: *Bogruppene som beskrevet over kan organiseres som en 'demenslandsby'/hageby, som enkeltstående bofellesskap eller bli knyttet opp imot et helse- og velferdssenter.*

Demenslandsby eller hageby er et relativt nytt begrep som kommer fra det nederlandske prosjektet De Hoegeweyk. Det er en betegnelse på et anlegg som samler flere bogrupper, og gir de tilgang til attraktive og skjermede uteareal. Hjemlige omgivelser for beboerne er sterkt prioritert. Løsningen gir trygge og attraktive områder å bevege seg både ute og inne. Det er etablert fellesfunksjoner som kan brukes til ulike aktiviteter.

Flere slike prosjekter under utvikling i Norge. Konseptet krever endring både i forhold til driftsfilosofi og de bygningsløsninger som blir valgt. Det er avgjørende at disse elementene blir sett i sammenheng, heter det på Veiviseren.no.

Planlegger hageby for personer med demens

Siv Henningstad og Bente Wallander (tekst)

Syd for Oslo ligger kystbyen Moss, en kommune med vel 32000 innbyggere. Her ga bystyret den 15. mai i år klarsignal for bygging av Grindvold Hageby, et bofellesskap med 48 boliger for personer med demens.

Den endelige beslutningen ble fattet i Fellesnemda for «Nye Moss», tidligere Moss og Rygge kommuner, den 5. juni. Nå arbeides det videre med realisering av konseptet Grindvold Hageby, og midler til investering og drift avsettes i handlingsplan og budsjett. Som grunnlag for politikernes vedtak ligger intensjonene om at: «Dette skal være et godt sted å bo, som oppleves hjemlig, trygt og med meningsfylt innhold og aktiviteter både inne og ute. Konseptet Grindvold Hageby skal være et godt sted for ansatte å arbeide, og det skal være muligheter til samhandling med lokalmiljøet ved blant annet at lokaler kan benyttes av frivillige.»

Stolt av tiltaket

Grindvold Hageby skal bygges på tomte til Grindvold skole som ble lagt ned høsten 2011. Konseptet består av små omsorgsboliger (boenheter) der beboerne inngår husleiekontrakt og selv betaler alle løpende utgifter, inkludert husleie.

Bo- og omsorgstilbudet vil bli døgnbemannet av fagpersoner med særlig kompetanse. Beboerne skal få tilbud om aktiviteter tilrettelagt for personer med demens. Det planlegges også en sansehage. Hageopplevelser skal bli til glede for både beboere, pårørende og ansatte.

Kommunen har gjennom en avtale med Nasjonalforeningen for folkehelsen forpliktet seg til å bli et mer demensvennlig samfunn. Kommunalsjef for Helse og mestring nye Moss, Eli Thomassen, er stolt over at kommunen snart kan tilby et tilrettelagt bo- og servicesenter for personer med demens. Demenskoordinator Anne-Pernille Rudi ser også fram til at personer med demens skal få et økt tilbud om boliger.

Bystyremedlem Anne Bramo (FrP), tidligere varaordfører, leder av helse- og sosialutvalget og selv utdannet spesialsykepleier, sier at de folkevalgte ser fram til å kunne tilby Grindvold Hageby som et godt bo- og omsorgstilbud for personer med demens.

– Bystyret har jobbet hardt for dette. Her skal personer med demens kunne leve så normalt som mulig.

Bramo sørget selv for at det, gjennom bystyrets enstemmige vedtak, nå forventes at bofellesskapet sikres arealer nok til at det på stedet kan etablere dagaktivitetstilbud og møteplass for andre eldre som bor i bydelen. Utformingen og størrelsen skal være slik at det utløser maksimalt statlig tilskudd.

Sammenslåingen av Moss og Rygge kommuner skal skje i 2020.

– Sammenslåingen vil medføre økt behov for eldreomsorg. Det økte antall eldre nye Moss vil få vil kreve av kommunen at den har ambisjoner for utvikling. Vi vil i årene som kommer trenge mange ulike typer botilbud til eldre og personer med demens. Jeg ønsker derfor ikke at vi skal låse oss til bare én type tilbud, men være åpen for flere, avhengig av tomtene kommunen kan stille til disposisjon. Vi har sett behovet og hvilke utfordringer som ligger foran oss med hensyn til «eldrebølgen» som kommer. Vår satsing på eldre vil gjøre oss bedre rustet til å gi personer med demens et skikkelig omsorgstilbud, tror Anne Bramo.



Grindvold Hageby

Moss kommune har i sin planlegging av Grindvold Hageby hentet inspirasjon fra demenstenkning og -forskning i Nederland, Skottland og Norge. Arkitekt Jansen har utarbeidet en planskisse for prosjektet. Hver av de 48 boligene skal være cirka 35 kvadratmeter store, og utstyrt med eget bad og tekjøkken. Aktivitets- og møteplassarealer avsettes, både for beboerne og nærmiljøet. Døgnbemanningen skal være tverrfaglig sammensatt. Antall årsverk blir endelig vedtatt i budsjettet for det året Grindvold Hageby er ferdigstilt. Planleggingen er i en startfase, derav også usikkerhet rundt beregninger av kostnader til tjenester, drift og kostnadskalkyler for prosjektet/bygg. Det er likevel et uttalt mål at prosjektet skal være ferdigstilt i 2021/22.



Fire strategier for utvikling

Drammen bystyre har derfor vedtatt fire strategier for videreutvikling av det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet. **Lengst mulig i eget liv:** Kommunen skal ha hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode. **Sjef i eget liv:** Brukerrollen styrkes og det er opprettet brukerråd i alle virksomhetene. Den enkeltes oppfatning av hjelpebehov skal være utgangspunkt for tjenestetilbudet. **Trygg og aktiv hverdag:** Kommunen skal tilrettelegge for at flest mulig skal kunne bo i eget hjem. Boliger kan tilpasses ulike livsfaser, og det finnes ny teknologi som gjør det enklere og tryggere å bo hjemme. **Hjelp når du trenger det:** Uansett hvor og hvordan de bor, skal drammenserne være trygge på at de får hjelp når de trenger det.

Tenker integrering og inkludering

19 boliger for personer med kognitiv svikt prosjekteres i tilknytning til Drammens kommunes første helseknutepunkt Åskollen. Demenslandsbyplanene ble forlatt til fordel for tilrettelagte boliger med trygghetsbemanning.

– Vi har i vårt forarbeid stilt oss spørsmålet: Hva innebærer det å bo trygt, samtidig som du har frihet til å leve det livet du ønsker, opplyser Margareth Lien, konstituert boligsjef i Drammen kommune.

– Boenheter i sykehjem der personer med demens, som ikke kjenner hverandre, blir samlet på et relativt lite areal der de får små anledninger til å være ute, syntes ikke som den beste løsning for oss. Vi ønsker tvert imot at beboerne skal kunne bevege seg på et større område ut fra egne valg.

Egne hjem

Et boligområde for 19 personer med demens tenkes nå etablert i området Helleristningen, med utgangspunkt i eksisterende kommunale leiligheter på bakkeplan. Der vil de cirka 50 kvadratmeter store boligene bli bygget om for å tilfredsstille kravene til livsløpsstandard.

– Vi vil tilby personer med demens boliger som de kan føle seg trygge i og orientere seg i. Man skal ha frihet til å være for seg selv når man vil og til å søke fellesskap når man vil, i et nabolag med gode uteområder. For å få til dette binder vi sammen de eksisterende boligene med såkalte innegater, etablerer skjermede uteplasser og sørger for mere åpenhet. Vi forholder oss til en tretrinns trygghetsmodell der vi tenker at inne i boligen er du veldig trygg. Der har du soverom, kjøkken og bad. Her kan du eventuelt bo sammen med ektefelle, og ha besøk av familie og venner. Utenfor boligen anlegges ei gate og innelukkede atriumshager; fellesarealer som også er veldig trygge å bevege seg i, der det til enhver tid er trygghetsbemanning, sier Lien.

Stenger seg ikke inne

Helseknutepunktet med et sykehjem rett ved har fasiliteter som også er trygge å bevege seg i. Her er det personale og flere tilbud folk kan benytte seg av. Kanskje vil det komme en liten butikk, kiosk, kafeteria, treningsfasiliteter og andre aktivitetstilbud?

– Hovedinngangen til boligene er mot dette helseknutepunktet, det vil si at trafikken ut og inn delvis ledes gjennom et aktivt hus. Vi ser ikke for oss å lukke dørene til omverdenen, slik vi så i Hogeweijk da vi var på studietur i Nederland, men prøver i stedet å gjøre det attraktivt for beboerne å bli

værende inne på området. Det er lett å tenke at noen må ha som oppgave å følge etter beboerne – vi tenker motsatt. Ved å se for oss hvordan personer med demens opplever verden, og forstå hva de oppfatter som positivt i miljøet, forsøker vi heller å lage et system der vi kan fange dem opp før de forviller seg ut til steder de ikke klarer å orientere seg.

Store, lyse uteområder

Fra leilighetene skal man ha utsikt både mot atriumshagen og inn mot gata.

– Vi har vært svært bevisste på hva beboerne kommer til når de forlater boligene sine. Det er viktig at uteområdene oppfattes som trygge og hyggelige. Sansehager er bra, men ofte små og veldig lukkede. Vi vil få lys inn, gata må vende mot noe lyst, en hage eller ut mot noe grønt. Det som er ute må oppfattes som noe hyggelig og være slik utformet at du kan orientere deg og følge med på årstidene.

Bemannet som et hjem

I utgangspunktet tenker man seg tilstedeværelse av personal, såkalt trygghetsbemanning, hele døgnet og så kommer hjemmetjenesten inn etter behov. Ved å bygge slik at beboerne lettere kan orientere seg kan de ha en viss frihet samtidig som det oppleves som trygt.

Med Drammen Eiendom som byggherre og Rambøll som prosjektører pågår det for tida et utstrakt samarbeid med arkitekter og landskapsplanleggere.

– De videre detaljer må vi jobbe videre med, hvordan vi former omgivelsene inne og ute, for eksempel. Slik vi tenker nå har vi lagt grunnlaget for et konsept som vi kan rulle ut i hele Drammen. Der beboerne leier eller eier boligen. Så bra synes vi at prosjektet ser ut til å bli, avslutter Margareth Lien.

Etablerer helseknutepunkter i bydelene

Antall eldre i Drammen er beregnet til å øke med 25 prosent innen år 2025 og med 100 prosent innen år 2040. Antall tjenestemottakere antas å øke, men de økonomiske rammene forventes ikke å stige tilsvarende.

Kommunens hovedmål er derfor å utvikle bærekraftige tjenester av høy kvalitet i nært samarbeid med den enkelte, nærmiljøet og frivillige. Å utvikle helse og omsorgsdistriktene i Drammens bydeler til helseknutepunkter er et ledd i dette. Knutepunktene skal være arenaer for sosiale aktiviteter, base for hjemmebaserte tjenester, forebyggende helseteam for eldre, livsløpsboliger, og livsgledesykehjem med mer.

«Personer med demens ender ofte på sykehjem, selv om dette tilbudet i liten grad er tilrettelagt for denne målgruppen ...»

– Helseknutepunktene skal ha et langt bredere tilbud enn dagens helse og omsorgsdistrikter. De skal også tilrettelegges ytterligere for samarbeid med frivillige, skoler, barnehager og andre for å bidra til økt helse og trivsel til innbyggere uavhengig av alder og diagnose, sier Maria Bergli, planrådgiver Drammen kommune.

Et veiskille

Helseknutepunktene skal utvikles i prioritert rekkefølge fram mot 2035, med Åskollen helse og omsorgsdistrikt som det første. Den planlagte utviklingen innebærer et tydelig veiskille innen helse og omsorgstjenestene. Drammen kommune har relativt mange institusjonsplasser i dag, andre alternative boligtilbud er i liten grad utviklet.

– Sykehjem har vært løsningen, selv for personer som kunne bodd hjemme med mer forebyggende tjenester eller tilrettelegging. Personer med demens ender ofte på sykehjem, selv om dette tilbudet i liten grad er tilrettelagt for denne målgruppen, noe som også fratar den enkelte privatliv, sier Maria Bergli, planrådgiver Drammen kommune.

Storsatsing strandet i Sandefjord

Sandefjord kommunes planer om et stort nytt sykehjem for 174 personer med demens blir sannsynligvis lagt på is. Løsningen var inspirert av landsbytankegangen.

– Prosjektet i sin nåværende form ser ut til å bli stanset grunnet økonomi, opplyser kommunalsjef for helse, sosial og omsorg i den nye, sammenslåtte Sandefjord kommune, Lise Tanum Aulie. Målet var at dette skulle bli et av Norges største botilbud tilrettelagt for personer med demenssykdom. Nå må det tenkes nytt om hva pengene skal gå til.

– Vi snakker ikke om kostnadssprekk, for sykehjemmet er jo aldri blitt bygget. Men når beregninger viser at en gjennomføring av de opprinnelige planene ville medført en prisøkning på flere hundre millioner kroner må det sannsynligvis sies stopp, fortsetter Aulie.

Nær dobbelt pris

Prosjektet vil fram til oktober derfor være i en revideringsfase, med det som mål å få en mer kompakt løsning, og på den måten få ned kostnadene. Samtidig vurderes renovering og eventuelt påbygg av et eksisterende sykehjem som etter planen skulle nedlegges. I 2015 ble det nye sykehjemmet anslått å skulle koste 474 millioner kroner. Etter de siste beregningene kunne den endelige prisen blitt over 800 millioner kroner.

– Prosjektgruppen arbeider nå med å tilpasse og videreføre målene om et sykehjem for personer med demens med hjemlige omgivelser, individtilpasset pleie, omsorg og behandling samt tilrettelagte aktivitetstilbud – om enn i et mer kompakt og mindre omfang. Planen er at politikerne skal kunne ta stilling til et nytt prosjekt i løpet av oktober og november måned, opplyser kommunalsjefen.

Landsbypreget

Forprosjektet som Planforum Arkitekter AS hadde levert, kalt Sandefjordsmodellen, hentet inspirasjon fra nyere sykehjem i inn og utland samt demenslandsbytankegangen. Fra prospektet siteres: «Sandefjordsmodellen skal vektlegge hjemlige omgivelser, ha en individtilpasset pleie, omsorg og behandling, samt ha et tilrettelagt aktivitetstilbud i nært samarbeid med frivillige ildsjeler. Opplevd verdighet i synlige handlinger fra den enkelte pasient og dens pårørende vil ha høyeste prioritet.»

– Det er dokumentert at tilrettelagte bo- og behandlingstilbud for personer med demens har en positiv effekt på berørtes livskvalitet. Med fokus på riktig utforming og organisering kan kommunen utnytte egne driftsressurser bedre, sier Planforums daglige leder Ingeborg Lieth Årøe.



Cand. med. **Karin Persson** disputerte i juni over avhandlingen *Magnetic resonance imaging of brain atrophy as a diagnostic and prognostic marker in mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia*. Doktorgraden er gjennomført ved Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, og prøveforelesning ble holdt over temaet «Betydning av kognitiv anatomi med relevans for MR undersøkning under utredning av pasienter med demens».

REFERANSER

1. Persson K, Selbaek G, Braekhus A, Beyer M, Barca M, Engedal K. Fully automated structural MRI of the brain in clinical dementia workup. *Acta Radiol.* 2017;58(6):740-7.
2. Persson K, Bohbot VD, Bogdanovic N, Selbaek G, Braekhus A, Engedal K. Finding of increased caudate nucleus in patients with Alzheimer's disease. *Acta Neurol Scand.* 2018;137(2):224-32.
3. Persson K, Barca ML, Eldholm RS, Cavallin L, Saltyte Benth J, Selbaek G, et al. Visual Evaluation of Medial Temporal Lobe Atrophy as a Clinical Marker of Conversion from Mild Cognitive Impairment to Dementia and for Predicting Progression in Patients with Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2017;44(1-2):12-24.
4. Persson K, Barca ML, Cavallin L, Braekhus A, Knapkog AB, Selbaek G, et al. Comparison of automated volumetry of the hippocampus using NeuroQuant(R) and visual assessment of the medial temporal lobe in Alzheimer's disease. *Acta Radiol.* 2018;59(8):997-1001.
5. Persson K, Eldholm RS, Barca ML, Cavallin L, Ferreira D, Knapkog AB, et al. MRI-assessed atrophy subtypes in Alzheimer's disease and the cognitive reserve hypothesis. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186595.

MR – et godt hjelpemiddel ved demensutredning

Bente Wallander (tekst) / Geir Selbæk (foto)

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Forekomsten av demens vil øke betydelig de kommende årene. Ulike hjerneorganiske sykdommer fører til demens, hvorav Alzheimers sykdom (AD) er den vanligste, og det finnes ingen kurativ behandling. Siden AD er en nevrodegenerativ sykdom som fører til at nerveceller i hjernen dør, har MR for vurdering av hjernesvinn vist seg å være en nyttig biomarkør, også ved AD i tidlig fase. Formålet med å inkludere biomarkører i diagnostikken er å øke den diagnostiske presisjonen. Dette er spesielt viktig for å kunne velge ut pasienter som kan inkluderes i nye medikamentutprøvinger.

Hovedformålet med forskningsprosjektet var å øke kunnskapen om klinisk tilgjengelige MR-metoder som kan brukes til å vurdere hjernesvinn, både som diagnostisk hjelpemiddel og som verktøy for å kunne si noe om prognosen til pasienter med mild kognitiv svikt og demens ved AD.

Hva undersøkte du?

– Først undersøkte vi den diagnostiske nytteverdien til to klinisk tilpassede MR-metoder for å diagnostisere demens ved AD. Den ene metoden måler og beregner volumer av forskjellige hjerneområder automatisk med hjelp av et dataprogram (NeuroQuant®, NQ), og den andre er en visuell vurdering av den mediale (midtre) delen av tinninglappen, ved hjelp av Scheltens skala.

I neste delprosjekt undersøkte vi de prognostiske egenskapene til Scheltens skala hos pasienter med mild kognitiv svikt (MCI) og demens ved AD.

Til slutt undersøkte vi om det fantes forskjellige mønster av hjernesvinn blant pasientene med demens ved AD, og om dette kunne bidra til å forklare de diagnostiske og prognostiske egenskapene til MR-metodene ytterligere.

Hva ble ditt viktigste funn?

– Vi viste at den automatiske, databaserte MR-metoden hadde tilsvarende egenskaper til å skille pasienter med AD demens fra de med mildere kognitiv svikt som den mer tidkrevende, og erfaringsavhengige visuelle vurderingsmetoden. Dette funnet kan ha konsekvenser for klinisk praksis, fordi en automatisk metode raskt kan påvise om hjernesvinn er tilstede eller ikke, men gode normverdier er en forutsetning. Når det gjelder MR som prognostisk verktøy fant vi at grad av hukommelsessvikt så ut å være bedre på å forutse grad av sykdomsforverrelse enn påvisning av hjernesvinn i tinninglappen. Vi bekreftet også tidligere funn om at det finnes undergrupper med forskjellig hjernesvinnsmonster, noe som kan forklare hvorfor vurdering av et gitt område ikke gir bedre diagnostisk og prognostisk presisjon.

Hva oppdaget du ellers?

– Blant pasientene med demens ved AD var det en gruppe som ikke hadde påvisbart hjernesvinn av noen av de undersøkte hjerneområdene. Dette bør studeres videre, men i vår studie hadde disse pasientene, til tross for lik symptomprofil, sykdomsgrad og prognose, lavere utdannelsesnivå enn de øvrige. Dette kan passe med hypotesen om kognitiv reserve, at personer med lavere utdanning (lavere kognitiv reserve) utvikler demenssymptomer på et tidligere sykdomsstadium, det vil si før sykdommen har gitt så stor grad av hjernesvinn at det er synlig på MR-røntgen.

Hvilke planer har du videre?

– Jeg er så heldig at jeg skal få fortsette å forske på det jeg synes er kroppens absolutt mest spennende organ! Vi har fått post doc-midler fra Helse Sør-Øst for å forske på undergrupper av Alzheimers sykdom, med spesielt fokus på MR og andre biomarkører. Jeg fortsetter også som fagansvarlig i Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog). Det føles ekstra hyggelig å kunne få mulighet å gi noe tilbake til registeret, som var en så viktig del av datagrunnlaget i mitt doktorgradsprosjekt.

Behandling av eldre må i større grad ses på som en helhet, mener det nye forskningssenteret i Sykehuset Innlandet på Sanderud ved Hamar. I juni ble to store forskningsmiljø slått sammen til ett, og målet er å skaffe kunnskap på tvers av fagfelt som skal gi et bredere og mer individuelt behandlingstilbud.



Samarbeidspartnere Birger Lillesveen (t.v.), Susan Juell og Marit Slaaen Jordhøy.

Nytt forskningssamarbeid skal gi helhetlig behandling av eldre

Anne Silje Bø (tekst/foto)

Det nye senteret på Sanderud heter nå *Forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS)*, og det er forskningsmiljøet innen kreft som nå skal dele kunnskap og samarbeide med forskerne som jobber med demens, depresjon, angst og rusbruk. Senteret består i dag av 20 ansatte.

– Forskningsmessig ser vi på dette som en vinn-vinn effekt. Det er masse somatisk i psykiatrien, og det er masse psykiatri i soma-

tikken. Men når det kommer til behandling, ligger det et kunstig skille her, og det er enda større hos eldre enn hos yngre. Du får ikke én pasient som er innlagt på alderspsykiatrisk avdeling som det ikke er noe somatisk med. Det er kjempeviktig å se eldrefeltet under ett, sier Birger Lillesveen, daglig leder av AFS.

Avdelingssjef for alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet, Susan Juell, nikker enig.

– Eldre er ofte i en sykehusseng fordi en har et komplekst sykdomsbilde hvor den ene er mer i behandling. Dette handler om hvordan sykdommene fungerer sammen, og hva vi vet om dette, sier hun.

Savner kunnskap på tvers av fagfeltene

Marit Slaaen Jordhøy er professor og overlege ved kreftenheten i Hamar og har i arbeid med kreftpasienter erfart at fagfeltene i større grad bør samarbeide når det kommer til forskning.

– Det er et sterkt ønske fra min side å samle inn mer data slik at vi får både bredere kunnskap og bedre behandlingstilbud. Vårt utgangspunkt er at det blir flere eldre kreftpasienter, kunnskapene er mangelfulle, og vi er nødt til å tenke bredt. Blant de eldre er det ofte sammensatte problemer. Hvordan påvirker disse hverandre? Hvordan skal jeg som lege behandle en pasient som ikke bare har en kreftdiagnose, men kanskje også demens eller andre sykdommer? For å kunne gi pasienten et så bra tilbud som mulig må vi vite hvordan sykdommene og medisinene påvirker hverandre, sier hun, og viser til en observasjonsstudie som gjennomføres på stråleterapienheten på Gjøvik, hvor de har samarbeidet med 41 kommuner i Hedmark og Oppland:

– Målet er å identifisere pasienter som får problemer under strålebehandling. Vi ønsker å kartlegge godt slik at vi kan se om det er noe vi kan gjøre for å forbedre behandling på andre sykdommer pasienten har. Kanskje kan en endre medikamentbruken, rehabilitere fysisk, gi bedre ernæring, behandle depresjon, og så prøve å få pasienten gjennom strålebehandling på en bedre måte så en unngår funksjonssvikt og senskader som er problemet ved kreftbehandling, forteller hun.

I forbindelse med denne studien har forskningssenteret nylig kartlagt depresjon og utvikling av kognitiv funksjon i forløpet før og etter strålebehandling. Dette for å se hvordan depresjon påvirker fysisk funksjon og livskvalitet i forløpet av en kreftsykdom, i et behandlingsforløp.

– Vi har mye kunnskap om depresjon hos kreftpasienter generelt, men lite hos eldre spesielt, understreker Slaaen Jordhøy.

Eneste i Norge

Som daglig leder av AFS er det helt avgjørende for Lillesveen at all forskning de gjør kommer pasientene til nytte.

– Det vi jobber med her, skal være av en slik betydning at det endrer praksis. Og all vår forskning gjør faktisk det.

– Hva er grunnen til at et slikt forsknings-senter ikke er etablert tidligere?

– Synet på eldre i Norge er litt spesielt i forhold til mange land vi kan sammenlikne oss med, og i Norge blir ikke eldre prioritert. Jeg

«Det vi jobber med her, skal være av en slik betydning at det endrer praksis. Og all vår forskning gjør faktisk det.»

tror rett og slett at det går på alderisme. Det er ingen som går i fakkeltog for den eldre i Norge uavhengig om vedkommende har kreft eller en psykisk sykdom.

Ifølge Lillesveen er det ingen andre i Norge som forsker eksplisitt på alderspsykiatri og kreft.

– Det vokser opp et fagfelt internasjonalt som heter geriatrik onkologi, men vi ligger etter i Norge, og det er stor kunnskapsmangel rundt de eldre kreftpasientene. Jeg opplever at innenfor kreftmedisin er fokuset mer på; «den tumoren ser sånn ut, da skal vedkommende ha den medisinen». Men det er ikke slik at det nødvendigvis passer for alle, og spesielt ikke de eldre. Det er så mange andre ting vi må ta hensyn til, og vi må lære oss hvordan vi skal gjøre det. Da må vi vite hvor problemene ligger og hvordan vi kan gjøre noe med dem, konstaterer Marit Slaaen Jordhøy.

Hun forteller at det stort sett er studier av pasienter med en gjennomsnittsalder på 65 år de kan bygge behandlingsvalg på.

– Det er problematisk når disse resultatene skal overføres til en gruppe som er 75+ eller kanskje 85. Det er kjempevanskelig! Vi vet jo ikke om de egentlig tåler behandlingen, om de får andre bivirkninger, om det har like god effekt som på de som er yngre. Her ligger det en enorm kunnskapsmangel og det er dette vi må prøve å gjøre noe med, avslutter hun.



– I Norge blir ikke eldre prioritert. Jeg tror rett og slett at det går på alderisme, sier daglig leder ved AFS, Birger Lillesveen.

NTNUs Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie setter pasientsikkerhet på dagsordenen. Gjennom to større forskningsprosjekter vil de kartlegge omfanget av vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem, samt lederskapets betydning for å forebygge denne typen hendelser. Kommuner og sykehjem oppfordres til å delta.



Anja Botngård



Janne Myhre

Vil granske overgrep, vold og forsømmelser i sykehjem

Bente Wallander (tekst)

Daglig og i meget stort omfang ytes svært gode og trygge helse- og omsorgstjenester til beboere i norske sykehjem. Samtidig rapporteres det av og til om hendelser som vold og overgrep mellom beboere, samt vold, overgrep og forsømmelser fra ansatte.

– Med prosjektene *Vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem – skjer det?* (prosjekt 1) og *Lederskapets betydning for å fremme pasientsikkerhet i sykehjem* (prosjekt 2) vil vi se nærmere på denne typen hendelser og hvordan de kan forebygges, opplyser ph.d.-stipendiatene Anja Botngård og Janne Myhre.

Vold og overgrep defineres som både fysiske, psykiske, finansielle og seksuelle handlinger, i tillegg til forsømmelser. Pasientene kan utsettes for kjefting, låsing av dører, maktbruk, ignorering, ikke få bestemme når man skal legge seg eller stå opp, for lite mat og drikke, feil bruk av medisiner med mere. Tidligere nasjonale og internasjonale studier har vist at slike uønskede hendelser skjer på sykehjem, men vi mangler kunnskap om forekomst, årsaksfaktorer og hva kommunene gjør for å forebygge og forhindre denne type hendelser.

– Vi oppfordrer derfor sykehjem og kommuner til å delta i prosjektene. Rekrutteringen er i gang.

For ytterligere opplysninger ta kontakt med ph.d.-student Anja Botngård (976 84 327 / anja.botngard@ntnu.no) vedrørende prosjekt 1 eller ph.d.-student Janne Myhre (473 70 180 / janne.myhre@ntnu.no) om prosjekt 2.



I august lanserte Nasjonalforeningen for folkehelsen kampanjen Demensvenn.

I dag finnes det allerede over 14 millioner Demensvenner i 36 land. Nå er det vår tur.

Å bli Demensvenn er en støtteerklæring til alle som er berørt av demens. Det betyr å si ja til å lære litt mer om sykdommen. Mens vi venter på medisinen som kurerer, er kunnskap og medmenneskelighet det beste folk flest kan bidra med.

Usikkerheten mange føler i møtet med demens har svært negative konsekvenser. Isolasjon og ensomhet er dessverre vanlig for demenssyke og deres pårørende. Det er ingen grunn til at det skal være slik, og de har krav på større forståelse og omtanke.

En fersk undersøkelse utført av Opinion på oppdrag fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, gir et godt bilde av holdninger til demens i befolkningen: Det er ikke mangel på respekt for personer med demens, men avmakt, usikkerhet



Statsminister Erna Solberg ble den første Demensvennen.

Foto: Paal Audestad

Bli Demensvenn!

og kunnskapsmangel. Mange vet ikke hvordan de bør møte og kommunisere med mennesker som har demens.

Hele 42 prosent sier de ønsker å bidra til at personer med demens kan bli mer inkludert i nærmiljøet. Men enda flere, 48 prosent, synes dette er vanskelig å ta stilling til, de vet ikke. Det kan være mange grunner til dette, men mangel på kunnskap er helt klart en viktig årsak. Undersøkelsen viser at kun åtte prosent mener de har tilstrekkelig kunnskap om demens og om hvordan de skal kommunisere med demenssyke. Dette er det mulig å gjøre noe med!

Det problemet som det offentlige ikke kan løse, er at folk rundt den som er syk, forandrer seg. At familie, kolleger og venner plutselig trekker seg litt unna og begynner å oppføre seg annerledes. Det skyldes nok ikke vond vilje, men usikkerhet og mangel på kunnskap. For den det gjelder kan det oppleves som mangel på forståelse, respekt og omtanke. Det er mulig å leve mye bedre med demens dersom både samfunnet og hver enkelt av oss stiller opp. Så hvordan tar vi tak i dette?

Vi er vant til at sykdom kan forebygges og behandles, og føler avmakt overfor alvorlig sykdom som det ikke finnes medisiner mot. Men

selv om vi ennå ikke har behandling for demens, er det likevel mye vi kan gjøre for at demenssyke skal ha best mulig livskvalitet. Denne kunnskapen ønsker vi å gjøre mer tilgjengelig for flere.

Hvert år får 10 000 mennesker i Norge demens, og antallet vil dobles de neste tiårene etterhvert som det blir flere eldre i befolkningen. Alle er enige om at det er bra om flere kan bli boende lenger i sine egne hjem. Kommunene har hovedansvaret for å levere tjenester som gjør dette mulig, men mennesker trenger mer enn tjenester for å leve et verdig liv. Samvær med andre er livsviktig og en hjelpende hånd, slik at det blir mulig å bevege seg i nærmiljøet og utføre hverdagslige oppgaver.

Kommunen kan ikke være en venn eller en nabo, men det kan hver enkelt av oss. Derfor vil vi gi flere en mulighet til kunnskap. Målet er ikke å overta det offentliges ansvar, men å gi flere en mulighet til å være et medmenneske i møte med personer med demens. La oss gjøre slutt på den uverdige og urettferdige ensomheten demenssyke opplever!



SKREVET AV
Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Livet leves ikke i en helsetjeneste!

Anne Silje Bø (tekst/foto)

På Meierigården på Lillehammer blir du oppfordret til å komme selv om du er helt frisk. Det til tross for at tilbudet inngår som en del av den kommunale hjemmetjeneste og demensomsorg.



Innenfor de store glassvinduene høres daglig leder Ruth Elisabeth Engøys klare sangstemme idet hun og de besøkende tolker Erik Byes «Blå salme», mens musiker og miljøkoordinator Jakob Lund Paulsen akkompagnerer på piano. De som har kommet for å være med på «Salmeskatten», bærer mest av alt preg av å dele en dyp glede ved å møtes og synge sammen. Bak det andre store glassvinduet sitter en mann og leser avisen, og på det varmrosa kjøkkenet står dagens lunsj; kokossuppe med kylling og steinalderbrød.

Dette er ikke et dagsenter for personer med demens. Dette er et åpent hus for alle hvor målet er å støtte, tilrettelegge og bevare verdigheten for de som har fått en diagnose som kan snu opp ned på livet en kjenner. På en mildt sagt utradisjonell måte.

Ingen åpenbar giver eller mottaker

– Livet leves ikke i en helsetjeneste, det leves som en del av et samfunn! Rådgiver ved Meierigården, Harald Sveum, også kalt «Hjernen bak opplegget», er engasjert. Han har måttet kjempe litt for å få gjennomslag for tilbudet som er utviklet de siste årene på Lillehammer. Desto viktigere mener han budskapet er.

– En stor andel av de som kommer hit, har ingen kognitiv svikt, og vårt mål er å viske ut

skillet mellom giver og mottaker i behandlings-sammenheng. I tradisjonell forstand er jeg som sykepleier en giver, og den syke mottakeren. Men her hos oss er det ingen åpenbar giver eller mottaker.

Møtepunkt for alle

Per Rasmussen har tatt turen for å være med på dagens aktivitet «Salmeskatt». Han har satt seg ned og lytter nøye til det Harald forteller.

– Per, for eksempel, er så langt unna kognitiv svikt som en kan komme, og det er alltid interessant å snakke med ham når han tar turen innom. Samtidig har en som har kommet langt ut i et sykdomsforløp også alltid noe å fortelle. Disse møtene er viktige, og Meierigården skal være et slikt møtepunkt for alle, slik at vi visker ut det tradisjonelle skillet. På den måten vil terskelen for å komme hit også når du begynner å få kognitive utfordringer, bli lavere.

Selve visjonen bak det hele er at det nære nettverket du har rundt deg, skal fortsette å være en del av livet ditt, selv om du blir syk. Kanskje blir det enda viktigere med de nære nettverkene og ressursene rundt når man opplever at livet endrer seg drastisk. De som arbeider på Meierigården ser stor verdi i å ha regelmessige samtaler med det de kaller nære nettverkspersoner, og søker etter å finne løsninger



▲
Musiker og miljø-
koordinator Jakob
Lund Paulsen.



Fra v.: Ruth Elisabeth Engøy, Harald Sveum, Hilde Ågot Valleraune, Lene Brendløkken, Christel Haugerud og Anne Kine Rønning.

som gjør at du kan fortsette å ha det livet og det nettverket du har hatt rundt deg da du var frisk – også når du blir syk. Enten det er å tilrettelegge for aktiviteter i lokalsamfunnet, tilby elektroniske hjelpemidler som GPS-tracker eller ta del i en av de mange kulturtilbudene Meierigården har på programmet fra mandag til lørdag. Mye av det de setter i gang, skjer også utenfor selve Meierigården. Men huset skal være selve basen.

Oldermannslauget

– Et eksempel er Oldermannslauget, som holder på oppe på Stampesletta. Det er en gjeng med gamlekarer som i flere tiår har holdt anlegget ved like. Da han som målte spydkastet plutselig kastet noe av måleutstyret tilbake istedet for spydet, måtte de finne en annen oppgave til ham. For han behøvde ikke å gi seg selv om han ble syk, han kunne fortsette med noe annet. Da delte lauget sine erfaringer med oss, og vi kunne råde og veilede dem ut fra vår bakgrunn, vår kunnskap, vårt ståsted. Samtidig lærte også vi av dem og deres mangeårige erfaring. Det er ikke noen giver eller mottaker i dette heller, utdypes Harald.

– Dette handler om tidlig innsats overfor hjemmeboende personer med demens, og da må Miljøbehandlingsteamet arbeide sammen

med Lillehammersamfunnet. Vi bidrar til å frigi samfunnets omsorgsressurser, skyter Ruth Elisabeth inn fra sidelinjen, idet hun er i full fart med å sørge for at de som har kommet innom, får tilbud om lunsj eller kaffe, en prat eller en avis.

Generasjonssang, dans og turgruppe

Meierigården ligger i det Lillehamringene kaller for «Kulturkvartalet». På andre siden av gaten ligger Lillehammer kunstmuseum, biblioteket ligger rett ved siden av, og kommunens avdeling for kultur og fritid holder til i samme etasje.

Oldermannslauget.

Foto: Hilde Å. Valleraune



– Kulturkvartalet er en del av et kulturtilbud som enhver innbygger av Lillehammer kommune kan bruke. Og her hos oss har vi faste aktiviteter gjennom hele uken som alle kan ha glede av, og som er tilrettelagt slik at de med kognitiv svikt også har glede av dem. For det som er bra for en person med demens, er bra for oss alle, konstaterer Harald.

Og det er et bredt program som tilbys gjennom hele uken. Fra turgruppe på tirsdager til slagertime med musikeren Jakob på torsdager, til rytmisk verksted, dans, sangstund med salmeskatten og generasjonssang. Sistnevnte bringer babyer og små barn sammen med voksne i alle aldre, for å synge og dele gleden over musikken på tvers av alder.

– Det er ganske flott når det står like mange barnevogner som rullatorer utenfor her, altså, sier Ruth Elisabeth med et bredt smil.

Harald beskriver første etasje som en base for de ambulante tilbudene som er for alle, og andre etasje som en kompetansesentral – med rom for hvile, samtaler og møter.

– Det er ofte høy terskel for å få tjenester i kommunal sammenheng. Når du endelig har kommet til det punktet at du ber om hjelp, må du gjennom en lang og tungrodd prosess med søknad, enkeltvedtak og en rekke andre formelle runder. Det er vanskelig å forene dette med personorientert tilnærming i tidlig fase. Det er systemet som eier den prosessen, ikke brukeren. Når jeg så skal spørre brukeren: «Hva er det som er viktig for deg?» får jeg kanskje et svar jeg ikke finner i katalogen jeg skal forholde meg til. Dessuten er vedkommende kanskje for frisk til å kunne oppfylle kriteriene

for noe som helst, så han må gå hjem og bli litt sykere før et hjelpeapparat settes i gang.

Hos oss vil vi at terskelen for å be om og få hjelp skal være lav. Gjennom nære kontaktnett, samtaler og individuelt tilpassede tiltak skal du få umiddelbar og skreddersydd hjelp som passer dine behov, der du er i livet, nå.

Meierigården gjorde sykdommen enklere å takle

For Bjørg har tilbudet hos Meierigården vært avgjørende for hvordan hverdagen har blitt etter at ektemannen fikk demensdiagnose. Selv om hun har kommet en lang vei med å akseptere at sykdommen har rammet dem, ønsker hun i denne saken å være anonym, for å skåne familien. Navnene har derfor blitt endret.

– Vi bor i en liten by, og både Jan og jeg har vært veldig aktive i yrkeslivet. Vi har et stort nettverk og kjenner mange, og da han fikk diagnosen hadde jeg en periode hvor jeg var veldig fortvilet. Hvordan skulle vi takle dette?

Mens Bjørg prater er Jan oppe i andre etasje sammen med en av de ansatte i teamet og tar seg en liten høneblund i en av sengene som står klare der oppe. Hun vet at Jan trives, og kan med god samvittighet gjøre ærender i byen mens han tilbringer noe timer her.

– Jeg tenkte, hvem er det som kan hjelpe meg? Jeg kjente Harald fra tidligere og ringte han. De stilte opp umiddelbart. Her har jeg overnattet i fortvilelse når det har blitt for mye, da tok Ruth Elisabeth grep. Jeg redde opp en seng til henne, og hun kom hjem til oss slik at fikk jeg dra hit mens hun passet på Jan. Og dette har jeg tilbud om stadig vekk.

Ruth Elisabeth Engøy og Per Rasmussen, som er kommet for å være med på dagens aktivitet «Salmeskatt».



Men den viktigste endringen for Bjørg er at hun nå, til tross for frustrasjonen over en sykdom som ikke vil gå over, har endret tankegang hva gjelder aksept for sykdommen.

– I begynnelsen tenkte jeg at dette kan vi ikke snakke om. Du vet, det er ikke akkurat noen høystatussykdom. Men det er jeg ferdig med nå. Og det er veldig godt! I denne byen kjenner alle Jan, og da er det tøv å late som. Dette huset har betydd enormt for meg i akkurat den prosessen. Jeg har skjønnet at å vise sårbarhet er viktig, at å by på seg selv gjør tabuene mindre. Og når du kommer hit, så vet man ikke hvem som er syk og hvem som er pårørende. Det synes jeg er strålende.

Må tenke nytt

Harald understreker at de er en del av en offentlig helsetjeneste og at de forholder seg til det oppdraget den offentlige helse- og omsorgstjenesten har, men at de ønsker å utfordre noe av den gamle tankegangen.

– Det offentlige har behov for å tenke gjennom sin forståelse av hvordan man utfører oppdraget sitt. Vi trenger en åpen diskusjon som involverer langt utover den kommunale organisasjonen. Hva slags velferdssystem skal vi ha i åra som kommer? Hvis vi ikke tar den diskusjonen, kommer vi til å gå konkurs. Det er ikke bærekraftig å fortsette slik som vi har gjort til nå, det er jo erkjent. Vi bruker veldig mye penger i kongeriket Norge på helse og omsorg. Hvis du slår sammen sektor helse og sektor velferd, så er det en halv milliard til sammen bare i Lillehammer kommune. Miljøbehandlingsteamet med 7,5 årsverk og ni ansatte, utgjør i

den sammenheng småpenger. Vårt mål, som vi har nådd noen ganger – er å utsette en sykehjemsplass tre måneder, seks måneder, ett år – kanskje to, og da har vi allerede finansiert oss selv flere ganger. I tillegg har brukeren kunnet bo hjemme enda lenger, opplevd større mestring og kontroll av eget liv, og sluppet å leve livet på institusjon før det er strengt tatt nødvendig.

Ingen merkelapp

Erik Myhren, mangeårig forretningsmann innen sportsbransjen, er fast innslag hver tirsdag.

– Da leder jeg an turrunden, sier han med et lurt smil. Han begynte å komme til Meierigården etter at Ruth Elisabeth, som kjente ham fra før, lurte på om han kunne tenke seg å bli med på noen av aktivitetene. Det sa han ja til.

– Det eneste jeg kan risikere ved å være med på turen, er å lære litt mer! Erik er ikke fremmed for å dra paralleller mellom det han har gjort i arbeidslivet, til turene hver tirsdag.

– Det er ene og alene det samme: å dele livserfaringer og bygge hverandre opp. Min visjon er å bruke min egenkapital, meg selv, til å gi til andre. Da har jeg kommet langt. Hvis de som har demens bare skal være sammen med hverandre, ja, da får du bare det – demens! Det er viktig at vi blandes. Hva jeg er og ikke er, er ikke vesentlig, vi har ikke merkelapp på oss noen her, og vi skal unngå å sette noen i bås. Her kommer du veldig enkelt sånn som du er, og du treffer også andre akkurat sånn som de er. Det er dét som er viktig.

Erik Myhren er fast innslag hver tirsdag.



Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgssektoren

Anmeldt av assisterende forskningssjef, dr. philos. Øyvind Kirkevold, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no

I de siste tiårene har selvbestemmelse og tvang vært debattert i demensomsorgen, og som en viktig del av dette har temaet «samtykkekompetanse» vært spesielt aktuelt. Høsten 2017 ble det et krav i Psykisk helsevernloven at pasienten må mangle samtykkekompetanse for at tiltak/behandling kan gjennomføres med tvang. Den nylig utgitte antologien «Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgssektoren» omhandler således et høyaktuelt tema.

Gjennom ni kapitler belyses temaene fra ulike ståsted og overfor ulike pasientgrupper. Boken har bakgrunn i seminarer og diskusjoner om problemstillinger i skjæringspunktet mellom selvbestemmelse og tvang, i forskergruppen for helse- og sosialrett ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen. Det er også innlegg fra samarbeidende forskergruppe ved Aarhus universitet i Danmark.

Boken tar for seg en rekke aspekter relatert til begrepene tvang og selvbestemmelse. Hovedredaktør Bjørn Henning Østenstad går inn på utviklingstrekk i det menneskerettslige vernet mot tvang. Karl Harald Søvig utdyper forståelsen av tvangsbegrepet, mens danske Eva Naur drøfter hvordan spennet mellom omsorgsfaglige betraktninger og juridiske betraktninger kan skape uklarheter. Henriette Sinding Aasen drøfter forholdet mellom forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesten og sentrale menneskerettslige krav med utgangspunkt i en tingrettsdom om mulig omsorgssvikt etter dødsfallene til to eldre personer i Oslo. Kariann Olsen Salte tar for seg helseforskning rettet mot barn og personer uten samtykkekompetanse, mens Nina Sofie Lem Samuelson diskuterer medisinsk behandling av barn med intetkjønn. Pårørendes stilling i saker som omfatter tvang

«Boken tar for seg en rekke aspekter relatert til begrepene tvang og selvbestemmelse.»

presenteres av Alice Kjellekvold, mens Jan Fridthjof Bernt drøfter en rekke aspekter ved «tvangsmedisinering i psykisk helsevern».

Gjennom dette beskrives temaene tvang, selvbestemmelse og menneskerettigheter meget bredt. Forfatterne har ganske forskjellig tilnærming, stil og språk, noe som kan være en styrke, men som også gjør det vanskelig å si hvem denne boken passer for. Ut fra et aldrings- og helseperspektiv er ikke alle kapitlene like aktuelle. Dette gjelder særlig de to kapitlene som dreier seg om barn. Kapittel seks om verdikonflikten ved medisinsk og helsefaglig forskning er både interessant og opplysende for de som driver med den slags forskning, kanskje av mindre interesse for andre.

At boken er skrevet av jurister (og kanskje for jurister) med et juridisk språk og en juridisk deduktiv måte å argumentere på, er ikke alltid sammenfallende med helse- og sosialfagenes måte å argumentere på. Dette er et tema i kapittel tre om «samarbeid eller juridisk bindende samtykke», som jeg mener gir et viktig bidrag for både jurister og helse- og sosialpersonell til å forstå hvilke konsekvenser forskjellig argumentasjon og logikk kan gi i lovverket og for pasientenes rettssikkerhet.

En antologi med redaktørene Bjørn Henning Østenstad (hovedredaktør),
Caroline Adolphsen, Eva Naur og Henriette Sinding Aasen
Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgssektoren
Fagbokforlaget, 2018



I kapitlet om det menneskerettslige vernet mot tvang knyttes utviklingen av lovgivninger opp mot Den Europeiske Menneskerettskonvensjonen (EMK) og Norges forpliktelser overfor denne. Lovverkets forhold til andre konvensjoner diskuteres. Konvensjonen om retten til mennesker med nedsatt funksjonsevne (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities [CRPD]) diskuteres grundig. Spesielt interessant er det å lese om dens konsekvenser og eventuelle fallgruver.

Utover dette vil jeg løfte fram kapittelet om pårørendeinvolvering i saker om tvang overfor helserettslig myndige og kapittel ni om tvangsmedisinering i psykisk helsevern som spesielt interessant og viktige. Kapittel åtte fordi det gir en grundig og lett tilgjengelig gjennomgang av regelverket som regulerer pårørendes rolle, kanskje det kapittelet som har mest «lærebokstil», men i siste del diskuteres også hvordan politiske mål ikke helt stemmer med dagens lovendring og hvilke endringer forfatteren mener bør gjøres.

I det siste og mest omfattende kapittelet hva gjelder omfang og dybde beskrives den historiske utviklingen av tvangsmedisineringen, utviklingen av behandlingsmulighetene og om de

siste års tvil om effekten av slik behandling. Noen vil kanskje finne deler av avsnittet «Diskusjon om den medisinske og etiske forsvarlighet av tvangsmedisinering» provoserende, men jeg mener dette er viktige innspill i debatten og meget dekkende for diskusjonen som i hvert fall bør løftes fram når det gjelder behandling med psykofarmaka av eldre. *Dette kapittelet bør være obligatorisk for alle som er involvert i tvangsmedisinering.*

For å ha utbytte av diskusjonene i boken, bør leserne har relativt god kjennskap til norsk helse- og sosiallovgivning samt EMK og de viktigste FN-konvensjonene som omhandler Helse- og sosial. Dette, sammen med at boken tar opp svært forskjellige problemstillinger, gjør det vanskelig å definere en klar målgruppe. Noen enkeltkapitler er relevante for begrensede grupper (kapitlet om barn med intetkjønn og kapitlet om forskning), mens andre kapitler burde appellere til en bred gruppe helse- og sosialarbeidere (innledningskapittelet og kapittelet om pårørende).

Temaet «tvangsmedisinering i psykisk helsevern» kan virke smalt, men siden mye av det som tas opp også vil gjelde utenfor psykiatrien og kanskje særlig innenfor deler av eldreomsorgen i kommunene, mener jeg dette burde ha interesse for mange helse- og sosialarbeidere. Flere av kapitlene i boken diskuterer temaene opp mot menneskerettighetene, noe jeg mener er et viktig perspektiv som veldig mange burde bli inspirert av, men til syvende og siste blir det likevel en bok for spesielt interesserte. Personer som underviser i helserett, juss, etikk og pasientrettigheter vil absolutt ha stor nytte av å lese boken. Personer som fatter tvangsvedtak i klinisk arbeid vil også få et bredere perspektiv på flere forhold ved å lese, ikke bare kapitler som direkte omfatter egen praksis, men også hvordan det kan tenkes i tilstøtende fagområder (lovområder).



Eline Grelland Røkholt,
Kari Bugge, Oddbjørn
Sandvik, Hege Sandanger
(red.)

SORG, 2. utgave, revidert

Fagbokforlaget 2018

ISBN 978-82-450-2411-1

Oppdatert om sorgstøtte

Boken SORG ble utgitt første gang i 2003 som en grunnbok om sorg og sorgstøttearbeid for helse- og sosialarbeidere og studenter på de aktuelle feltene. Den anses som aktuell også for andre som møter mennesker i sorg, og som ønsker å lære mer om sorg og sorgstøttearbeid, et fagfelt i stadig utvikling.

Alvorlig sykdom og død var lenge tabuområder. At Stortinget nylig vedtok at helsepersonell har plikt til å følge opp barn som pårørende og etterlatte når foreldre eller søsken dør, viser hvor mye som har skjedd de siste 40-50 år. I dag snakkes det stadig oftere om sorg, både i våre private og offentlige rom, og sørgende kan i større grad oppleve seg forstått og støttet ved sykdom, dødsfall og andre tap. Forfatterne mener at vi likevel har mye å lære om å gi god støtte og om å være gode hjelpere, uansett på hvilket faglig eller medmenneskelig grunnlag vi møter andres sorg. Ved å revidere boka håper de å kunne bidra til økt forståelse for sorg, hvorfor man skal støtte og hvordan støtten kan gis.

«Boken er skrevet med et inderlig ønske om at pårørende og etterlatte skal følges opp etter best mulig praksis, så langt fagfeltet kan se i dag», sier forfatterne, som i tillegg til å øse av egen kompetanse og erfaring tilbyr leserne faglig fordypning via andre bidragsytere. At flere har personlig erfaring med sykdom og tap kan tilføre leseren ny innsikt og økt forståelse.

Boken delt i to, med en i hovedsak teoretisk del, om nyere kunnskap, forhold som påvirker sorg og kulturelle forskjeller og en mere praktisk rettet bolk, som viser hvordan sorgstøttetiltak kan rettes mot individer og familier ved ulike typer tap. Oppfølging av barn og unge, familier som har mistet barn og voksne som har mistet sin partner omtales i egne kapitler. Mestringsperspektivet står hele veien sentralt. Boken er utstyrt med en rekke referanser som viser leseren vei til ytterligere kunnskap om kapitteltemaene.

Omtalt av Bente Wallander



Runar Bakken

**Alle vil leve lenge
– men ingen vil bli gamle**

Fagbokforlaget 2018

ISBN 978-82-450-2157-8

Tilnærming til aldring og praktiske konsekvenser av dette

Forfatter Runar Bakken, til daglig dosent ved Høgskolen i Sørøst-Norge, setter i denne boka søkelys på motsetningen mellom det å ville leve så lenge som mulig, men ikke bli gammel og skrøpelig. Mange er de som har forundret seg over det som ligger i bokens tittel, opprinnelig formulert av den romerske politiker, advokaten og forfatteren Cicero for over 2000 år siden. «Aforismen rommer og kan knyttes til to dominerende aldringsteorier», mener Bakken, som i boken tematiserer hvordan samfunn og velferdsinstitusjoner ut fra dette forstår og forholder seg til gamle skrøpelige.

Forfatteren innleder med en omtale av egen «øyeåpner», Simone de Beauvoirs verk *Alderdommen*. «Alderdommen kan bare forstås i sin helhet; den er ikke kun biologisk, men også et kulturelt faktum», skrev hun. Dette doble perspektivet er til stede også i Bakkens bok. Han tar for seg de motstridende og konkurrerende synene på aldring, aktivitet og tilbaketrekning, og viser hvordan de kan påvirke oss i møte med dagens gamle og skrøpelige.

Selv framhever forfatteren den palliative eller lindrende tilnærming som et alternativt grunnlag for helsepersonells være- og handlemåte. «Dette ut fra menneskets grunnvilkår, vi fødes, eldes og dør.» Med en slik grunnforståelse kan man etter forfatterens mening bedre åpne og legge til rette for at den som lever i overgangen mellom liv og død «helhjertet til siste slutt» kan være delaktig i alle valg som skal fattes. «Det sentrale motivet må være å finne ut hva hver enkelt finner meningsfullt, når livet deres og meningen med dette kan være truet», skriver han.

Boken utdyper forfatterens grunnsyn gjennom 12 ulike kapitler. Innholdet spenner vidt, fra *Det uforståelige ved aldring*, *Integritet og alderdom*, *Om å skamme seg over egen aldring og selvbestemt død*, *Om det ubehagelige ved å bli forebygget*, *Om det «farlige» ved å kritisere aktivitetstenkningen til Om integritet og integrering av gamle fra ulike kulturer*. Avslutningsvis tar han for seg den transhumanistiske visjon om udødelighet og vår frykt for kroppslig degenerering, alderdom og død.

Boka henvender seg i utgangspunktet til alle, men bør være av særlig interesse for lesere som arbeider tett på gamle mennesker eller er i utdanning med sikte på dette.

Omtalt av Bente Wallander

Fra avviksmeldinger til økt pasientsikkerhet

Et prosjekt om fallforebygging i sykehus

Artikkelens hovedbudskap: Gode rutiner for pasientsikkerhet forutsetter analyse og tiltak i henhold til avviksmeldinger. Avviksmeldinger kan peke på sentrale risikofaktorer i forhold til pasientsikkerhet, og danne utgangspunktet for videre analyse og undersøkelse. «Fallprosjektet» er et forbedringsprosjekt som tar utgangspunkt i avviksmeldinger om fall for å bedre pasientsikkerheten ved alderspsykiatrisk seksjon ved Oslo universitetssykehus. Identifikasjon av bakenforliggende årsaker og nyttige tiltak ved hjelp av kunnskapsbasert metode har resultert i færre fall og bedre pasientsikkerhet.

Bakgrunn

Systematisk arbeid med pasientsikkerhet er en forutsetning for trygge og gode helsetjenester. Det er essensielt å lære av de feilene som blir gjort. Denne tanken har vært sentral i arbeidet med pasientsikkerheten siden publikasjon av den innflytelsesrike rapporten *To Err is Human* (1). Ekspertene har argumentert med at kontinuerlig og systematisk oppfølging av ulykker og andre avvik i helsevesenet er nødvendig for å forbedre pasientsikkerheten (2). Som følge av dette er hendelsesregistreringssystemer blitt implementert i helsevesenet i de fleste land, og den systematiske rapporteringen av avvik er den vanligste strategien for forbedring av pasientsikkerheten (3).

Hendelsesregistreringssystemer er designet for å innhente informasjon om uønskede hendelser. Ideen er at informasjonen som blir samlet inn skal legge grunnlaget for læring både for individer og organisasjonen, som på sikt skal bedre pasientsikkerheten. Hvorvidt disse systemene faktisk fungerer, er omdiskutert (4). En kan si at en avviksmelding skal være *et vindu til systemet*; den uønskede hendelsen kan peke

på områder som bør analyseres og utredes for svakheter (5). Avviksmeldinger kan identifisere en risiko for pasientsikkerheten, og legge grunnlaget for videre undersøkelser og analyser. Nettopp slik er avviksmeldinger blitt brukt ved alderspsykiatrisk seksjon i forbedringsprosjektet «Fallprosjektet».

Hvorfor «Fallprosjektet»?

Fall er den vanligste årsaken til at eldre personer skader seg, både i hjemmet og i helseinstitusjoner. Fall defineres her som *en plutselig, utilsiktet forandring i posisjon som gjør at person lander på et lavere nivå uten å ville det* (6). Konsekvensene av et fall kan være alvorlige; 10-20 prosent av fall hos eldre fører til alvorlige skader som hodetraume eller brudd (7). Forebygging av fall er et viktig satsingsområde for pasientsikkerhetsarbeidet i Norge, og forebyggende tiltak kan gi god effekt.

Underrapportering er en vanlig utfordring knyttet til hendelsesregistrering. Ved alderspsykiatrisk seksjon var situasjonen annerledes: I 2008 var de ansatte meget gode på å rapportere uønskede hendelser og spesielt fall. Personalet iverksatte gode strakstiltak ved fallhendelser, men likevel ble ikke gjentakelsesfrekvensen av fall redusert over tid. Dette, sett sammen med de alvorlige helsekonsekvensene knyttet til fall, dannet utgangspunktet for «Fallprosjektet».

SKREVET AV

Elsa Grødal¹

Mari Aksnes²

Fariba Barmaki¹

Bodil A. McPherson¹

Maria Stylianou Korsnes²

1. Alderspsykiatrisk seksjon, klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF
2. Alderspsykiatrisk forskningsgruppe, alderspsykiatrisk seksjon, klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

Avviksmeldinger som utgangspunkt for kunnskapsinnhenting

Prosjektet startet opp i 2010 og tok utgangspunkt i rapporter om fall i avvikssystemet Synergi, i perioden 2008–2009. Alle døgnenheter i alderspsykiatrisk seksjon var involvert i prosjektet, og den tverrfaglige kompetansen fra behandlere, brukere og prosjektgruppen var sentral i prosjektet. PUKK-sirkelen (Planlegge, Utføre, Kontrollere, Korrigere, også kalt Demings' sirkel) var overordnet metode for prosjektet (8). I planleggingsfasen ble flere deloppgaver identifisert: Gjennomgang av avviksmeldinger, kartlegging av risikofaktorer, innhenting av forsknings-, bruker- og erfaringskompetanse, befaring, vurdering av avdelingens eksisterende tiltak og rutiner, implementering og evaluering. Kunnskapsbasert metode ble benyttet i prosjektets deloppgaver.

Avviksmeldinger om fall i perioden 2008–2009 ble systematisk gjennomgått for å identifisere potensielle årsaksforhold og risikofaktorer for fall. Hver fallhendelse ble vurdert i forhold til tidspunkt for hendelsen, hendelsestype, kjønn (i forhold til innlagte i perioden), alvorlighetsgrad, lokalitet og aktivitet. I 2008 og 2009 var det henholdsvis 0,53 og 0,52 fall per innlagt pasient. Flere risikofaktorer ble identifisert basert på avviksmeldingene. Lokalitet og aktivitet ble identifisert som klare risikofaktorer: Flest fall skjedde på pasientens rom, og flest fall skjedde i forbindelse med gange eller posisjonendringer opp/ned fra stol og seng.

Informasjonen i avviksmeldingene var ikke tilstrekkelig til å trekke konklusjoner om årsaken til den økte risikoen i forbindelse med disse områdene/aktivitetene. Det var også flere avviksmeldinger med uklare eller motstridende beskrivelser, som reduserte antall identifiserbare risikofaktorer. Dette illustrerer at avviksmeldingene kan si noe om hva som er en risiko for pasientsikkerheten, men ikke nødvendigvis *hvorfor*. Det videre arbeidet fokuserte dermed på ytterligere risikofaktorer og bakenforliggende årsaker til risiko.

Fra avvik til årsak

Prosjektgruppen innhentet oppdatert litteratur, brukerkunnskap og tverrfaglig kompetanse fra egen og andre aktuelle avdelinger ved Oslo universitetssykehus for å fremme kunnskapsbasert praksis. Eksisterende forebyggende tiltak ble også gjennomgått.

For å innhente forskningsbasert kunnskap, ble et litteratursøk gjennomført. Søkeord inkluderte «Accidental falls AND inpatients», «Accidental falls AND risk factors», «Accidentfal falls/prevention

Tabell 1: Risikofaktorer og bakenforliggende årsaker til fall i alderspsykiatrisk seksjon

Kategori	Eksempel
Fysisk form	Normale aldersforandringer som redusert muskelstyrke, lav/høy KMI
Sanser	Redusert syn, redusert hørsel
Mobilitet	Gangfunksjon, bevegelighet
Komorbiditet	Fysisk sykdom som Parkinson's, diabetes Psykisk sykdom som psykose, depresjon
Kognitiv svikt	Redusert vurderingsevne av situasjoner, redusert hukommelse
Legemidler	Mer enn fire legemidler daglig, ulike legemidler, interaksjoner, bivirkninger som for eksempel ustøhet
Redusert oppmerksomhet	Multitasking
Ytre faktorer	Påkledning (sko, klær) Fysisk miljø (glatte gulv, møblering)
Ønske om autonomi*	Klare seg selv, ikke være til bry for andre

* Dette funnet er ikke identifisert i litteraturen om fall, men kommer fra seksjonens brukergruppe. Pasientens ønske om autonomi og det mulige forholdet til fallrisiko, bør studeres nærmere.

& control AND aged OR aged 80+». Både fall hos eldre og fall i forbindelse med psykiske lidelser var velstudert, men det var få artikler som spesifikt undersøkte fall hos eldre med psykiske lidelser.

Flere årsaker og risikofaktorer kom fram gjennom litteratursøket. Disse funnene var i stor grad compatible med erfaringer fra ansatte ved seksjonen, samt brukerkunnskap. For eksempel fant en review-artikkel at ytre faktorer som glatte gulv, dårlig belysning, samt utforming av trapper, senger og inngangspartier, kan forårsake fall (9). Dette ble trukket fram både av brukere og personalet. Disse funnene resulterte i en befaring på enhetene, og en prioritert tiltaksliste for å skape et fallforebyggende fysisk miljø. Brukergruppen (seksjonens brukerråd) identifiserte en unik risikofaktor: Pasientens ønske om å være autonom og ikke være til bry for personalet. Det er mulig at dette i seg selv er en risikofaktor for fall og presenterer i så fall et etisk dilemma: Pasientens ønske om autonomi må veies opp mot tiltak som skal forebygge fall, slik at pasientens sikkerhet og pasientens selvbestemmelse er balansert. Ytterligere identifiserte risikofaktorer er presentert i tabell 1. Samlet sett ble det tydelig at fall ofte har flere og sammensatte årsaker. Dette fordrer derfor flere og sammensatte tiltak, og ble lagt til grunn for det videre arbeidet med retningslinjer og prosedyrer.

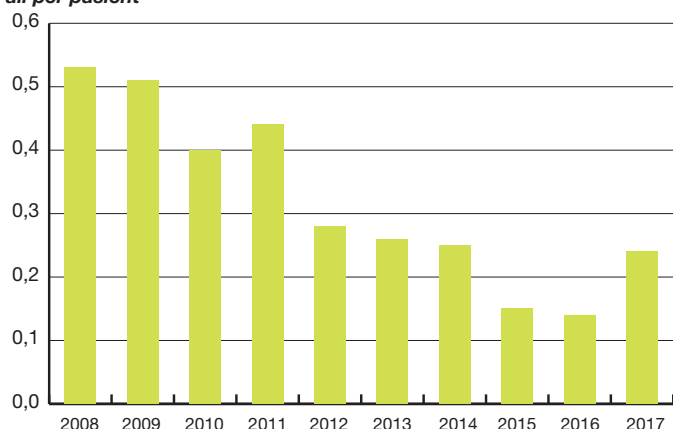
Nye retningslinjer og færre fall

Prosjektgruppen utarbeidet nye retningslinjer for fallforebygging, med fokus på to områder:

1. Forebygge forekomst av fall ved å vurdere fallrisiko ved innkomst og iverksette aktuelle tiltak.
2. Forebygge gjentakelse av fall ved å utrede årsak og iverksette tiltak for å unngå at det skjer igjen, dersom en pasient faller.

Retningslinjene har som formål å gi føringer for systematisk fallforebyggende arbeid i seksjonen, slik at det er lagt til rette for et kontinuerlig forbedringsarbeid. Den skal også gi ansatte kunnskap om risikofaktorer og mulige årsaker til fall. Forslag og anbefalinger til fall- og skadeforebyggende tiltak er også inkludert.

Fall per pasient



Figur 1. Antall fall per innlagte pasient i alderspsykiatrisk seksjon i perioden 2008-2017.

Gruppen utarbeidet også et eget skjema for fallrisikovurdering basert på funn i prosjektet og andre eksisterende verktøy som FRAT (Fall Risk Assessment Tool). Dette skjemaet ble evaluert og oppdatert i 2013.

«Fallprosjektet» har ført til stor reduksjon av antall fall i seksjonen (se figur 1), hvor antall fall per pasient har vært halvert de siste fem årene sammenliknet med i 2008. Reduksjonen begynte allerede før retningslinjene var implementert. En mulig forklaring på dette er at prosjektets tverrfaglige natur og den høye involveringen av medarbeidere, førte til et økt fokus på fallforebygging i seksjonen allerede før retningslinjene ble introdusert som rutine.

Engasjement og investering

«Fallprosjektet» førte til stort engasjement, og samtlige døgnerheter i seksjonen ble investert i prosjektet. Det var en kontinuerlig informasjonsutveksling mellom prosjektgruppen og enhetene, der gruppens funn ble presentert og enhetenes erfaringer og tidligere funn ble rapportert til prosjektgruppen. Både skjema for fallrisikovurdering og de nye retningslinjene er tatt i bruk i seksjonen.

Kvalitetsrådet i seksjonen holder jevnlig oversikt over avviksmeldinger, deriblant også fall. Fall er et av tre utvalgte områder som overvåkes spesielt, og det føres årlig statistikk på fall som inkluderes i seksjonens årsrapport. Det holdes også jevnlig foredrag og undervisning om fall i enhetene. Prosjektet har ført til økt bevissthet om hvorfor og hvordan avvik skal dokumenteres, og hvordan eventuelle bakenforliggende årsaker også skal identifiseres og dokumenteres for å kunne iverksette godt tilpassede fallforebyggende tiltak.

Engasjement og involvering er sentralt i prosjektets suksess. Utover de nye retningslinjene, har prosjektet skapt rammer for refleksjon rundt og organisering av felles kunnskap og praksis, som er underliggende for læring i en organisasjon (4).

Konklusjon

Med avviksmeldinger som utgangspunkt kan organisasjoner identifisere områder for forbedring, og bedre pasientsikkerheten gjennom systematisk analyse og oppfølging. Samtidig viser nyere forskning at avvik som fall på norske sykehjem ikke dokumenteres i tråd med sykehjemmenes egne dokumenteringskrav (10). En undersøkelse fra 2015 har også rapportert at under halvparten av norske sykepleiere kjenner til et godt eksempel på at det nytter å melde avvik på sin egen arbeidsplass (11). Dette tyder på at der

infrastrukturen for å rapportere avvik er godt etablert, mangler det en tilsvarende infrastruktur for analyse, læring og informasjonsdeling, som kan sikre at rapportert avvik resulterer i bedre pasientsikkerhet (4).

Forskning tilsier at hvorvidt oppfølgingen av avviksmeldinger etablerer læring, oppfordrer til varsling og gir bevis på nyttiggjørelse av informasjon, er avgjørende for at et avviksmeldingssystem skal lykkes (12). Våre funn tilsier at avviksmeldinger i seg selv ikke bedrer pasientsikkerheten, men at de kan legge grunnlaget for arbeid som fører til økt pasientsikkerhet. Oppfølging av vanlige avvik, som identifisering av årsaker og tiltak, fremmer kunnskapsbasert praksis og kan medføre økt pasientsikkerhet.

■ maaksn@ous-hf.no

REFERANSER:

1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson M. To Err is Human: Building a Safer Health System Washington, DC: The National Academies Press; 2000. Report No.: 0-309-06837-1.
2. Berwick D. A Promise to Learn - a Commitment to Act: Improving the Safety of Patients in England. London: National Advisory Group on the Safety of Patients in England; 2013.
3. Doupi P. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. A Review of the Situation in Europe. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2009. Report No.: 13/2009.
4. Macrae C. The Problem with Incident Reporting. BMJ quality & safety. 2016;25(2):71-5.
5. Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. Qual Saf Health Care. 2004;13(4):242-3.
6. Lord S, Sherrington C, Menz HB, Close JCT. Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
7. Sterke CS, Verhagen AP, van Beeck EF, van der Cammen TJ. The Influence of Drug Use on Fall Incidents Among Nursing Home Residents: a Systematic Review. International psychogeriatrics. 2008;20(5):890-910.
8. Nyen B. Modell for Forbedring - Langley et. al. . <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-forbedring-langley-nolan>. (20.05.18).
9. Shanley C. Falls and Injury Reduction in Residential Aged Care: Translating Research into Practice. Contemporary nurse. 2003;15(1-2):81-93.
10. Øygard SH, Andersen JR, Sandvoll AM, Ytrehus S. Manglende registrering av fall i sjukeheim. Sykepleien Forskning. 2017;12(62446).
11. Hofstad E. Sykepleiens Avviksundersøkelse. <https://sykepleien.no/2015/03/sykepleiens-avviksundersokelse>. (18.05.18).
12. Anderson JE, Kodate N, Walters R, Dodds A. Can Incident Reporting Improve Safety? Healthcare Practitioners' Views of the Effectiveness of Incident Reporting. International Journal for Quality in Health Care. 2013;25(2):141-50.

Eksistensielle opplevelser hos enslige yngre personer med demens – en forløpsstudie

Vi vet lite om hvordan mennesker med demens opplever utviklingen av tilstanden, hvordan den berører deres eksistensielle livsopplevelse og deres selvfølelse, og hvordan personene mestrer hverdagslivet. Denne artikkelen presenterer funn fra en forløpsstudie med personer som forteller hvordan de opplever å leve med demens.

Artikkelen tar utgangspunkt i og er en bearbejdet versjon av en forskningsartikkel (1). Studien gjelder personer som har fått demens før 65 år, ofte benevnt som yngre personer med demens eller young-onset dementia (YOD). Demens er vanligvis oppfattet som en aldersrelatert sykdom, men noen får demens tidlig, enkelte allerede i 40- og 50-årsalderen. Av de cirka 80 000 personer som har demens i Norge er antall YOD anslått å være 4 500 (2).

Å få en demenssykdom tidlig i livet innebærer en total reorientering av livsplaner og framtidsperspektiv, med dystre framtidsutsikter. Budskapet om en demensdiagnose er rimeligvis fulgt av angst, uro og depresjon (2), redusert livskvalitet og økte problemer i hverdagslivet både når det gjelder familieliv og arbeid. Hele familien blir sterkt berørt (2). Atferdsforandringer er mer utbredt blant personer med YOD enn blant personer med demens som inntreffer sent i livet (Late-Onset Dementia. LOD) (3).

Demensplan 2020 (4), har som mål at personer med demens skal få bo hjemme lengst mulig. Mennesker som bor alene har færre ressurser til å klare hverdagslivet enn de som lever i parforhold. En oversiktsartikkel (5) viste at aleneboende personer med demens har flere behov og større risiko for å flytte til sykehjem

sammenliknet med de som har en partner. Personer med YOD trenger støtte gjennom hele sykdomsperioden, men de relativt få offentlige støttetiltak som er etablert er langt fra tilstrekkelige (2, 6). Så langt vi vet har det ikke vært utført studier som har undersøkt hvordan personer med YOD som lever alene forteller om hvordan de opplever og forsøker å mestre utviklingen av demens over tid. Det er bakgrunnen for vår forløpsstudie.

Metode

Undersøkelsen var en deskriptiv forløpsstudie av personer med YOD. Individuelle kvalitative intervjuer ble foretatt fem ganger over en periode på to år, det første i 2014, og deretter hvert halvår. Aleneboende personer av begge kjønn bosatt sørøst og vest i Norge ble rekruttert fra seks hukommelsesklinikker. Deltakerne kunne ha forskjellige demensdiagnoser, men personer med frontallappsdemens ble utelatt fordi personer med denne diagnosen har liten selvinnsikt (1). I alt ti personer ble forespurt om å delta, og ingen av slo. Sju kvinner og tre menn i alderen 49-67 år deltok. Tre personer falt ut av studien underveis, noe som resulterte i 42 intervjuer. I utvalget var åtte personer fraskilt,

SKREVET AV

Kirsten Thorsen,
seniorforsker, cand.
psychol., dr. philos.

Knut Engedal,
seniorforsker, dr.med.

Per Kristian Haugen,
seniorforsker, spesialist
klinisk gerontopsykologi.

Aud Johannessen,
seniorforsker, DrPH,
professor, Universitetet i
Sørøst-Norge.

Alle også Nasjonal
kompetansetjeneste for
aldring og helse

en var ugift og en enke. Deltakerne hadde til sammen ti barn, kun tre bodde på deltakernes bosted. Diagnosen ble fastslått tre til åtte måneder før det første intervjuet. Med et slikt tidsintervall mellom diagnose og første intervju, ville vi unngå den mest akutte reorienteringsfasen.

Intervjuene ble foretatt av AJ på det stedet deltakerne foretrakk (7). Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert av en erfaren medarbeider innen to uker. Intervjuene ble ført som en åpen dialog (7), og avhengig av svaret ble temaer fulgt opp med nye detaljspørsmål. Spørsmålene omhandlet hvordan de opplevde forandringene som inntrådte; sykdomsutviklingen, diagnoseprosessen, hverdagslivet og livskvaliteten og den behandling og de tjenester de fikk.

For å fange opp de temaene som framsto som mest betydningsfulle, ble alle intervjuene først analysert ved åpen koding¹. Deretter ble temaene sammenholdt ved aksial koding² for å komme fram til overordnede temaer (8).

Analyse

Den empiriske analysen resulterte i fem temaer: *Eksistensielt livsløpsbrudd*, *Mestringsforsøk*, *Sosial tilbaketrekning*, *Revitalisering av selvet* og *Forverring*. Tidsaspektet er representert gjennom rekkefølgen av temaene, men også innen hvert tema. Noen av deltakerne har opplevelser innenfor alle temaer, de fleste kun innen enkelte av dem.

Temaene

Eksistensielt livsløpsbrudd

For de fleste deltakerne var den snikende begynnelsen kjennetegnet ved korttidshukommelsesproblemer. Den ga seg til kjenne som glemsel for navn, å ikke gjenfinne gjenstander og å ha redusert orienteringsevne, slik en av deltakerne uttalte: «Jeg må sette meg ned og tenke: Hvor er dette? Det var ting som gikk automatisk tidligere.»

Utredningen kunne bli opplevd som brutal. Den ble en definitiv fastsettelse av inkompetanse som underminerte selvpoppfatningen og egen verdighet. En kvinne sa: «Det var mange nedturer, en kjempesværtvilelse over at jeg ikke greide helt elementære ting. Jeg ser på det som et nederlag.»

«Å få kjennskap til diagnosen opplevde alle som dramatisk. Den var et budskap som snudde opp ned på deres eksistens.»

«Jeg lo bort en masse. Men til slutt var det ikke noe å le av»

Å få kjennskap til diagnosen opplevde alle som dramatisk. Den var et budskap som snudde opp ned på deres eksistens. Framtiden ble plutselig kortet ned, aldringen kom for tidlig. Gråten innebar emosjonell utløsning og ga muligheter for en reorientering. En kvinne sa: «Tårene bare rant og rant. Det var godt for meg. Det var sorg. På den måten fikk jeg ut noe av det.»

Ni av de ti deltakerne var fremdeles i jobb da diagnoseprosessen startet, og det ble foreslått sykemelding, deltidsjobb med enklere oppgaver, eller uføretrygd. Dette ble et viktig vendepunkt i livsløpet, starten på et sosialt utenforskap og tilbaketrekning. Mange hadde opplevd arbeidslivet som en sentral del av tilværelsen. De fleste prøvde å ta tapet med fatning, som denne mannen: «Å måtte pensjonere seg er fryktelig. Men jeg klarer det. Jeg vil ikke være en klovn på jobben.»

Mestringsforsøk

En sentral mestringsstrategi ved hukommelsestap er å ta notater. En kvinne sa: «Jeg er blitt en sånn Post-it-dame.» Endringene innvirker på personligheten og berører selvet både kognitivt, emosjonelt og atferdsmessig, de inngår i en totalopplevelse. En kvinne fortalte:

«Demensen har gjort at jeg ofte er veldig ukonsentrert, glemmer mye, og jeg har også følelsesmessig forandret meg. Jeg gråter veldig lett. Det er fryktelig, jeg skammer meg veldig over det. Før var det sånn at jeg kunne kjenne en klump i halsen, før tårene kom, og det skjedde noe i magen. Nå bare kommer det, uten at jeg greier å regulere noen ting. Det er det samme med latter, jeg kan le på feil sted, eller opplever at det er feil fordi folk ser rart på meg.»

Denne kvinnens mestringsstrategi er å bruke ironi eller selvironi: «Jeg lo bort en masse. Men til slutt var det ikke noe å le av, så jeg trakk meg tilbake fra dem rundt meg fordi det begynte å bli sårt.» Symptomene på sykdommen ødelegger sosial interaksjon og reduserer sosial kontakt, noe som fører til skam og angst. Isolasjon fører til depresjon: «Jeg ble deprimeret, for jeg føler meg så utafør.»

Den eksistensielle trusselen ved utviklingen av demens ble av de fleste deltakerne mestret ved å konsentrere seg om å leve i øyeblikket. «Jeg tenker det er best å ikke tenke på morgendagen. Det er stressende.» Å gjøre det beste ut av det å leve her og nå, sammenfatter en konstruktiv tilpasning. Hvordan de klarte dette, varierer. Å være en positiv person, en som legger vekt på de lyse sider, framholdes som en fordel. En mann sa: «Jeg er en person som alltid

1) Å lete etter og sette navn på foreløpige kategorier

2) Å analysere og modifisere disse kategoriene

«Jeg har fremdeles troen på meg selv, så jeg sier: 'Dette er en sykdom, det er ikke min feil ...'»

«... barn blir sinte eller irritable når foreldrene gjør feil, og korrigerer dem stadig.»

ser på den lyse siden av livet.» Også det å ha en sterk selvtillit, kan gi motstandsevne og beskytte selvet. Mannen fortsatte: «Jeg har fremdeles troen på meg selv, så jeg sier: 'Dette er en sykdom, det er ikke min feil. Det er bare slik det er. Så jeg tenker dette blir OK hvis det ikke blir verre.'»

Diagnosen kan føre til behov for selvbeskyttelse. Alle deltakerne, unntatt en, nevner at de har kontrollert sin selvframstilling ved å skjule diagnosen. De har forklart andre at de har hukommelsesproblemer. Begrunnelsen er å bli sett på som normal, leve som vanlig og minske betydningen av sykdommen, også for seg selv. «Jeg ønsker å leve et så godt liv som mulig, og ikke snakke så mye om sykdommen. Ja, ikke forstørre det ved å prate om den.» En annen informerte oss om at han ikke har brukt ordet sykdom enda. På en slik måte beskytter han sin selvpresentasjon og sitt selvilde, og nedtoner de alvorlige implikasjonene ved sykdommen overfor seg selv og andre.

Å se frisk ut gjør det lettere å skjule sykdommen, men samtidig blir atferden mer uforståelig for andre. En kvinne sa: «Når du forandrer deg på denne måten i min alder, opplever jeg at ingen forstår det. De er alle opptatt av at jeg skal ta meg sammen. Og det er umulig!»

For personer med YOD, bryter sykdommen forestillingene om et aldersnormert livsløp. En av de eldste i utvalget fortalte familien at hun hadde fått hukommelsesproblemer, og fikk en forståelsesfull tilbakemelding fra sin sønn: «Ja, du er gammel». Problemene blir oppfattet som normale aldringsfenomen. En mann reflekterte:

«Offisielt er jeg vel syk, men føler meg veldig bra, og hvis jeg ikke er en byrde, så er det ingen ulykke. Jeg er ikke ung, jeg skal ikke imponere noen, ikke gjøre en fantastisk karriere – det som gjelder nå er å klare hverdagslivet. Og jeg gjør det, mener jeg.»

Vi ser hvordan han har akseptert at han er «eldre», har redusert sine ambisjoner i tråd med sin livsfase, og ved det mildnet konsekvensene av sykdommen.

Sosial tilbaketrekning

Et aksepterende og støttende nettverk er svært viktig for tilpasningen til sykdommen. En mann understreket dette. «Jeg har et stort nettverk. De vet at jeg er litt utdatert, men ingen bryr seg. Vi har det hyggelig sammen. Jeg lever som om alt er OK.»

Men nesten alle forteller om økende sosial tilbaketrekning forårsaket av sviktende hukommelse, om ikke i første intervju, så i senere intervjuer. En kvinne fortalte:

«Jeg var glad i familien, men jeg opplever at jeg ikke lenger kan henge med på samtalen. Jeg mista konsentrasjonen, og husket ikke hvem som hadde bursdag når, og når vi sist var sammen, og hvilken gammel bestemor som var operert. Mange ting som man normalt husker. Det skapte sånne rare situasjoner. Det gjorde at jeg ble ubekvem med å gå bort.»

Sosialt samvær er avhengig av delt informasjon og henvisninger til steder, navn og hendelser. Å ikke kunne beherske slike utvekslinger, fører til sosial tilbaketrekning. En kvinne fortalte at hun derfor har brutt kontakten med alle venner, også kontakt via telefon blir vanskelig. Ansikter, mimikk og tonefall gir viktige signaler om innholdet i samtalen: «Som menneske leser man på andre (...). Jeg hater å snakke i telefonen, for jeg ser ikke mennesket, og da blir det enda verre.»

To kvinner fortalte at de har brutt ut av ekteskapet etter at de fikk demensdiagnosen. De foretrekker å forsøke å mestre tilværelsen med demens alene, parforholdet gjorde det for krevende. En av dem nevnte at ektemannen ikke var i stand til å godta at hun ikke lenger var den personen han ønsket.

Barna er vanligvis i bakgrunnen i fortellingene, mange bor andre steder og ses sjelden. Noen har vanskelig for å godta at foreldrene er forandret. Deltakerne forteller at barn blir sinte eller irritable når foreldrene gjør feil, og korrigerer dem stadig. Flere nekter å godta diagnosen, eller trenger lang tid for å tilpasse eget reaksjonsmønster til den nye situasjonen. Tre har et godt forhold til barn som bor nær.

Revitalisering av selvet

Tre personer flyttet til sykehjem i intervju-perioden, et radikalt skifte i livssituasjonen. En kvinne beretter om hva en overgang til et sykehjem i beste fall kan bety for en person med demens: «Jeg var så forferdelig redd for alt før, og for masse uttrykk som egentlig er normalt for mennesker, men som jeg ble redd for.»

Livsopplevelsen hennes forandret seg radikalt etter flyttingen til sykehjem. Hun føler seg rolig og trygg der, og sykehjemmet har gitt muligheter for et mer aktivt liv: «Jeg kan sitte rolig og strikke, noe jeg ikke har gjort på lang tid. Jeg føler meg rolig.» Hun forteller videre at hun unngår å sitte på rommet sitt for mye, selv om det er koselig: «Det er fordi jeg er så redd for de gamle følelsene.» Hun synes de nye eldre naboene er hyggelige, og å ha andre mennesker rundt seg er nå beroligende. Sykehjemmet er for henne trygghet. Å bo på et sted hvor de

aksepterer henne og støtter henne *med* sine funksjonsreduksjoner bringer tilbake hennes tidligere selv. Hun har gått fra passivitet til aktivitet. Hun er gartner, som hun likte å være tidligere, hun fotograferer og arrangerer utstillinger, og hun deltar i husarbeidet. Hun understreker hvor viktig det er å være til nytte. Hun er meget målbevisst for å beholde funksjonsevner, og trener blant annet iherdig på pc-en. Hun mener at hun husker mer nå, fordi hun er rolig innvendig. «Nå tar ikke angsten så stor plass.» Kjernen i hennes transformasjon er muligheten til å være seg selv, *med* demens:

Også den andre kvinnen som flyttet til sykehjem, verdsetter endringen. «Nå vet jeg at de (personalet) er her 24 timer i døgnet. Jeg kaller dem engler, og jeg er veldig glad.» Den siste, en mann, finner oppholdet tolerabelt, men kjedelig og innholdstomt. Han har tapt et meningsfylt liv.

Forverringen

En kvinne som fremdeles bor hjemme nevner i siste samtale sine problemer som, bortsett fra hukommelsestap, er passivitet, tap av energi og vitalitet, og livsløst. «Jeg blir trett bare av å være våken». Også framtiden oppleves som tapt. Hun frykter å bli «et tomt skall.» Hun har sluttet med alle medisiner og avsluttet kontakten med kommunehelsetjenesten. Livet har mistet sin mening. «Vet du hva som er verst? Det er å få dagene til å gå, å avslutte dag etter dag. Det er en langsom tortur.»

I det siste intervjuet med den ene kvinnen som bor på sykehjem, skjeller hun mer mellom det *ytre* livet og det *indre*. «Her på sykehjemmet har jeg det bra. Det er snille folk her, og det er trygt. Men når det gjelder meg selv, går det opp og ned». Selv om hun fortsatt føler seg roligere, mister hun lettere kontrollen. Hun er alarmert av at skriveingen hennes er blitt dårligere. Å unngå *skam* er kommet tilbake som en strategi og følelse: «Jeg føler ikke skam her, men utenfor, hvis jeg gjør noe. Det er så lett å føle skam. Da blir du lei deg, og føler deg dum, selv om jeg aldri har vært det.»

Hennes sentrale identitet har vært å være kompetent, å føle seg og bli sett på som «dum», er et slag mot hennes sentrale selv. Hun utfører fortsatt de fleste aktiviteter, også kompliserte oppgaver som å strikke og betale regninger. Men hun ønsker ikke lenger å være sammen med de andre beboerne i dagligstuen. Hun sitter nå på rommet sitt med døren åpen og lytter til de andre. På den måten føler hun seg trygg og unngår panikken ved å være alene og miste kontrollen. Hun setter pris på sitt stille liv. Hennes skrekkbilde er å bli sittende i en

stol, uten evner og uten identitet. «Da får de begrave meg i hagen her».

Diskusjon og konklusjon

Undersøkelsen har vist at mennesker med YOD er i stand til å fortelle hvordan de opplever tilværelsen med progredierende demens, også i stadier hvor de har problemer med korttidshukommelsen. Dette er i tråd med bøker skrevet av personer med demens (9), rapporter og nedtegnede beretninger. Noen har, som vist, et stort vokabular til å beskrive følelser, kognitive og sosiale forandringer, og evne til å reflektere over dem. Deltakerne gir verdifulle beretninger om «Alzheimers fra innsiden» (10), med sin egen personlige fortellerstil, hva Greenwood (11) kaller «The word palette.» Vi finner at det helt overordnede temaet i deltakernes beretninger er *endringer i identitet*. Beretningene kretser rundt mestring for å bevare identitet over tid, beholde livsløst og vitalitet.

Personer med demens synes det er viktig med samvær med andre som kan bekrefte dem og understøtte deres identitet. Det er en nær sammenheng mellom identitet og sosial tilknytning (11). Hvis det er mulig, unngår deltakerne å presentere seg for andre som en som har demens. De ønsker å unngå stigmaet ved sykdommen og de forestillinger det utløser. Stigmaet ved demens er dokumentert ved studier (1, 2) og ved rapporter/bøker av personer med demens (9). Metaforer som ofte anvendes om personer med demens er ord som «halvtom», «ikke lenger her», eller «levende død» (1, 2). Ordene viser dehumaniseringen av de som får sykdommen. For å unngå å bli «den andre», et menneske utenfor normaliteten, foretrekker deltakerne å presentere seg selv som en som har et hukommelsesproblem. Det er et mer vanlig og akseptert handicap. På denne måten ser deltakerne lenge ut til å mestre følgene av sykdommen, ved forsøk på å bevare sitt selvilde og sin livskvalitet. Etter det første sjokket ved diagnosen, synes de fleste å ha tilpasset seg situasjonen relativt bra. De anvender positive mestringsstrategier. Hvis de på mange måter kan leve «et normalt liv» slik de har vært vant til, være i kontakt med andre som aksepterer dem slik de er, er livet fremdeles ganske bra å leve – «OK» – enn så lenge. Identitetene kan bedre bevares i et velkjent hverdagsliv, der mennesker, fysiske strukturer og materielle gjenstander er kjent og støtter opp om vaner (12).

En *opplevelse av kontinuitet* med det tidligere selv er sentralt, og kontinuitetsteori (13) understreker betydningen av *ytre* og *indre*

«... sykehjemmet har gitt muligheter for et mer aktivt liv: 'Jeg kan sitte rolig og strikke, noe jeg ikke har gjort på lang tid...'»

«Livet har mistet sin mening. 'Vet du hva som er verst? Det er å få dagene til å gå, å avslutte dag etter dag. Det er en langsom tortur.'»

kontinuitet for god aldring. Men kontinuiteten kan også bli for stor når gamle vaner og atferdsmønstre ikke lenger fungerer. Kontinuitet kan bli destruktiv når familiemedlemmer ikke er i stand til å tolerere endringer som følger sykdommen. Studier har dokumentert den store påkjenningen det er for familiemedlemmer å gi omsorg over lang tid til personer med demens (14).

Det synes å være en tendens i forskning til å overse problemer som mennesker med demens kan oppleve ved familieomsorg. Støtte og hjelp blir ikke alltid gitt med varme, kjærlighet og omsorg. Å bo uten partner blir ikke sett på som en stor ulempe blant våre deltakere, i motsetning til forskning som framhever betydningen av sosial støtte for livskvalitet, bistand og beskyttelse mot depresjon. De to som valgte skilsmisse og en tredje som hadde skilt seg tidligere, finner at det å leve alene er en fordel. De øvrige hadde levd lenge som enslige, det var deres tilvante livstil.

I senere stadier var det tre personer som ikke lenger var i stand til å opprettholde tilværelsen på egen hånd. De to kvinnene som flyttet til sykehjem verdsetter den aksept, støtte og validering (15) de får der, den gir mulighet for større utfoldelse og vitalisering. De illustrerer den store betydning aksepterende personell og trygge rammer i hverdagslivet *kan* ha. Vår studie understreker hvor vesentlig det er å støtte «personhood» hos personer med demens, i tråd med teorien lansert av Kitwood (16).

Lenger ut i prosessen gjør hukommelsesvanskene sosial interaksjon stadig vanskeligere. Å bare *være* og *være trygg*, er mer tilfredsstillende enn deltakelse og aktivitet, noe som fører til en opplevelse av å være mislykket. Rolig velvære blir overordnet.

Demensplanen 2020 (4) anbefaler at mennesker med demens og deres pårørende skal få en fast kontaktperson gjennom forløpet, en person som kjenner vedkommende og planlegger og koordinerer variert bistand, som blir nedfelt i en omsorgsplan (4, 17).

Offentlig hjelp i private hjem og i sykehjem er basert på standardiserte systemer, regulert av arbeidsrutiner og med mange roterende deltidsansatte (18), noe som er vanskelig å forholde seg til for personer med hukommelsesvansker. Det er lansert flere begreper i den hensikt å endre omsorgskulturen, som *personsentrert omsorg* (16), *personrettet omsorg* (19) og *relasjonssentrert omsorg* (20). Det er nødvendig å endre den offentlige demensomsorgen til å bli personsentrert, til å støtte identiteten til personer med demens (16). Det er avgjørende å rette innsatsen *både* mot omsorgskulturen og

den organisatoriske strukturen i helse- og omsorgssektoren, for å gi mennesker med YOD et bedre liv mens sykdommen utvikler seg. Personer med demens må få uttrykke sine følelser og opplevelser av egen situasjon og egne behov, som må legges til grunn for individuelt tilrettelagt bistand.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

REFERANSER:

1. Johannessen A, Barca ML, Engedal K, Haugen PK. Forekomst og risikofaktorer til demens i ung alder. I Johannessen A, Barca LM, Engedal K & Haugen, P.K. (2017). (Red), Yngre personer med demens – en lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
2. Johannessen A, Engedal K, Haugen PK, Dourado MCN, Thorsen K. "To be, or not to be": Experiencing deterioration among people with young-onset dementia living alone. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*. 2018 13 (1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1490620>
3. van Vliet D. Young onset dementia: characteristics and impact [doctoral thesis]. Maastricht: Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University; 2012.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. (HOD). Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. Oslo: 2015. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 1. juni fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/620a5b08e6094254b2f4263239b6b80d/horingsutkast_demensplan_2020.pdf
5. Luppia M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and ageing*. 2009 Nov 23;39(1):31-8.
6. Gjøre L, Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2014.
7. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
8. Corbin J, Strauss A, Strauss AL. Basics of qualitative research. London: Sage Publications; 2014.
9. Taylor R. Alzheimer's from the inside out. Baltimore MD: Health Professions Press; 2007.
10. Rose L. Larry's Way: Another look at Alzheimer's from the inside. Lincoln: iUniverse; 2003.
11. Power GA, Taylor R. Dementia beyond disease: Enhancing well-being. Health Professions Press Inc; 2014.
12. Arntzen C, Holthe T, Jentoft R. Tracing the successful incorporation of assistive technology into everyday life for younger people with dementia and family carers. *Dementia*. 2016 Jul;15(4):646-62.
13. Atchley RC. A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist* 1989(2):183-90. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
14. Johannessen A, Helvik AS, Engedal K, Thorsen K. Experiences and needs of spouses of persons with young-onset frontotemporal lobe dementia during the progression of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017 (4):779-88.
15. Feil, N. The Validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with «Alzheimer's-type dementia». 2002. Baltimore: Health Professions Press.
16. Kitwood TM. Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press; 1997.
17. Helse- og omsorgstjenesteloven. (HOD). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2012. Hentet 1. juni fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
18. Statistisk sentralbyrå. (2011). Stort omfang av deltidsarbeid. Samfunnsspeilet, 2. 2011. Hentet 1. juni fra: <https://www.ssb.no/en/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys/aar/2016-05-27>
19. Fox N, Norton L, Angelelli J, Tellis-Nyak V, Tellis-Nyak M, Grant LA, Ransom S, Dean S, Brostoski D, Thomas W. Well-Being: Beyond Quality of Life. Rochester, NY: The Eden Alternative. 2005.
20. Suchman AL. A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; Jan;21 (Suppl 1):40-44.

NYE BØKER FRA



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

ISBN 978-82-8061-391-2

32 sider

kr 50,-



Knut Engedal og Anne Brækhus

Hva er demens?

Heftet gir en kort orientering om demenssykdommene og de praktiske følger de får for personen med demens og hans/hennes pårørende. Målgruppa for heftet er pasienter med demens og deres nærstående.

Innholdet i heftet bygger på heftet Hva er demens? (5. reviderte utgave) fra 2013. 1. utgave av heftet ble gitt ut allerede i 2002. Den nye utgaven er faglig oppdatert og revidert av Knut Engedal og Anne Brækhus.

ISBN 978-82-8061-356-1

33 sider

kr 190,-



Allan Øvereng

JEG ER MINNENE MINE

– om identitet, livshistorie og digital minnebok ved svikt i hukommelse og kommunikasjonsevne

Det er lenge blitt anbefalt å bruke livshistorien til personer med demens som utgangspunkt for individuell omsorg. For å møte mennesker med demens som unike personer må vi kjenne til deres bakgrunn, livshistorie og viktige verdier. Dette er kjernen i personsentrert omsorg. Dette heftet gir en viktig innføring i betydningen av å sette seg inn i livshistorien til personer med demens og bruke minner aktivt for å øke trivsel, styrke identitet og gi bedre selvfølelse.

ISBN 978-82-8061-325-7
(trykket utgave)

ISBN 978-82-8061-328-8
(digital utgave)

32 sider

kr 50,-



Per Kristian Haugen

«Jeg trodde jeg var den eneste som hadde det sånn ...»

Heftet er beregnet på ungdom som har en mor eller far med demens. Ungdom med en bestemor, en bestefar, en tante eller kanskje en onkel med demens, kan også ha nytte av å lese det som står i dette heftet. Heftet kan lastes ned gratis som pdf fra www.aldringoghelse.no

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 aktivtører

**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>



Meld deg på Norges største konferanse innen demensfeltet



For mer informasjon og påmelding
se www.aldringoghelse.no/demensdagene

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:

Dato	Tema	Foreleser
11. sept.	Persontentrert omsorg og miljøbehandling	Janne Røsvik, Forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og Helse, Sykepleier, cand.polit, PhD
9. okt.	Psykoterapi for angst og depresjon hos eldre	Minna Hynninen, Psykolog, poliklinikkleder ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Førsteamanuensis II, UiB
6. nov.	Alkohol og det gode eldrelev	Sverre Nesvåg, Forskningsleder/Head of research KORFOR/ Centre for Alcohol & DRug Research Stavanger Universitets-sykehus
11. des.	Bildedagnostikk i utredning av demens	Kjell Arne Kvistad, seksjonsoverlege dr. med., Klinikk for billedagnostikk, St Olavs hospital

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

KURSPERIODE	TEMA	STED
SEPTEMBER 2018		
18. sept.	Oppfølging av eldre med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	Oslo
25. sept.	Intervensjoner på eldre pasienter	Oslo
OKTOBER 2018		
16. okt.	Temakonferanse om aldring og utviklingshemning	Oslo
19. okt.	Alderspsykiatri i praksis	Bergen
23. okt.	Psykiske lidelser i eldre år	Haugesund
23.–25. okt.	Basiskurs Demens	Hamar
NOVEMBER 2018		
6.–7. nov.	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
DESEMBER 2018		
4.–5. des.	Demensdagene 2018	Oslo

For oppdatert informasjon om det enkelte kurset/konferansen henviser vi til Kursoversikten på hjemmesiden vår,

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

Her legges kursinvitasjoner med program ut fortløpende – og det er mulighet for direkte nettpåmelding.

Velkommen til våre kurs og konferanser!



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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

SKANN RETT
TIL NETTSIDEN





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 nett-adresse 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 funksjonshemning 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

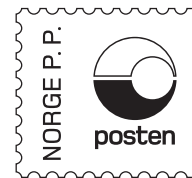


Foto: Martin Lundsvoll

Helt til slutt Denne flotte naturopplevelsen kunne deltakerne på Hukommelsesteam-konferansen 2018 oppleve i vertsbyen Stavanger. Neste års konferanse arrangeres i Oslo.

www.tidsskriftetaldringoghelse.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG