

TIDSSKRIFTET **aldring og helse**

AKTUELT – Først med FACT

FAG – Verdige dager

YTRING – Retten til et aktivt liv

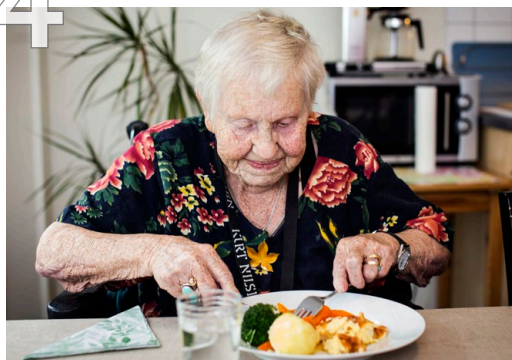


Om å leve bedre
– hele livet

10



14



18



22



AKTUELT

- 4 Aldring er liv – liv betyr aldring
Mange muligheter i et aldrende samfunn
- 8 Helsemestring fra vugge til grav
- 10 Eva bidrar til å gjøre Oslo aldersvennlig
- 14 Frivillige vekker matlyst
- 17 Michelinstjerner på sykehjem
- 18 Rusavdelingens høytflyvende drøm
- 22 Søker håp og samhold i en utfordrende situasjon
- 28 Introduserer effektiv hjernetrim
- 31 Møter brukerne der de er

YTRING

- 25 Plikt om eller rett til dagtilbud?
Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen
- 26 Hvorfor gjøre en innsats for å gjøre samfunnet aldersvennlig?
Annelise Dyrli, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

BOKANMELDELSE

- 33 Oppskrift for nybegynnere og gammelt nytt for erfarne
Kjersti Vik
- 34 En bok for alle som er opptatt av god demensomsorg
Knut Engedal

FAGLIG REFLEKSJON

- 36 Dagaktivitetssenter – ein stad for å fremje
eit verdig liv for personar med demens
Toril Midtbø, Marta Strandos, Bente Lofnes



Bærekraftig aldring – hva er det?

Hva må til for at vi som eldre skal oppleve livet vårt som godt? I et aldrende samfunn er det mye vi burde forberede og tenke grundig gjennom. Hva fremmer egen eldre-helse? Hvordan handle til fellesskapets beste? Hvor går grensen for det individuelle ansvar og hva bør samfunnet sørge for? Og når må planleggingen av egne og nasjonale eldreår innledes?

Spørsmålene er flere enn svarene. Planleggingen av et aldrende og aldersvennlig samfunn har bare så vidt slått rot her hjemme, mye er fortsatt prematurt. Noen har likevel tatt utviklingen på alvor. Oslo er en av flere nordiske byer som satser på å bli et godt og tilgjengelig storsamfunn å leve i, også for samfunnets eldste. Mens man i Stavanger har som motto å leve hele livet, fra vugge til grav.

Samfunnets økonomi påvirkes av så mangt. At likestilling lønner seg har vi kanskje ikke rukket å tenke så mye over? Ei heller konsekvensene av at en stadig høyere andel av oss lever som enslige. Lite kontakt med barn er én av mange faktorer som kan påvirke våre siste år i negativ helseretning. Med tanke på demografenes spådommer burde vi raskt øke vår egen og samfunnets forståelse for flere slike faktorer. Bare ved å se endringene i befolkningen fra et vidt og helhetlig perspektiv kan vi finne gode tiltak og svar. Men først må vi erkjenne aldringen.

Bente Wallander

Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no

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



LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 21. november 2018.

F 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:
Eva Quist (bildet) tester
Oslos aldersvennlighet.
Foto: Charlotte Nagell





Aldring er liv – liv betyr aldring

Mange muligheter i et aldrende samfunn

Bente Wallander (tekst/foto)

– Vi må våge å se eldresamfunnet i hvitøyet, mener Vegard Skirbekk. Eldrebølgen er for ham ingen tsunami: – Nye muligheter vil by seg som en følge av demografiske endringer, og flere faktorer påvirker eldrehelsen positivt. Men mye i samfunnet må endres for å tilpasses en ny permanent virkelighet.

Vegard Skirbekk kommer opprinnelig fra Oslo, men flyttet som 25-åring til utlandet for å jobbe etter studier i Norge. Først i Tyskland fra 2000 til 2003, og derfra til Østerrike hvor han jobbet 12 år i en internasjonal forskningsinstitusjon. Det var i Wien han fant sin kone – en klimaforsker med bakgrunn fra India. I Østerrikes hovedstad ble også deres to barn født.

Skirbekk studerte i yngre år økonomi, psykologi og demografi i Oslo. Deretter tok han en doktorgrad i Tyskland før han dro videre til Østerrike.

– Da min periode som forskningsleder i Østerrike var over sto valget mellom USA og Norge. Vi valgte begge, men landet primært på Oslo, forteller Vegard, som også fikk en stilling som professor i aldringsforskning ved Columbia University i New York.

Vil heve pensjonsalderen

Skirbekks doktorgradsarbeid dreide seg om hvordan man kan gjøre det offentlige pensjonssystemet mer bærekraftig. Studiene ble utført ved Max Planck-instituttet for demografisk forskning i Rostock. Det var herfra han i 2003 blandet seg inn i debatten om hvorvidt en stadig relativ økning i lønn mot slutten av arbeidslivet var bærekraftig. Et av hans studier som omhandlet politikkforslag for å effektivt heve pensjonsalderen, fikk støtte av blant annet The New York Times og The Economist.

– Pensjonssystemer i mange vestlige land, deriblant Norge, ble til i en tid da større deler av befolkningen hadde betydelig dårligere helse og økonomi i eldre år enn i dag. Pensjon var i sin tid et tiltak ikke bare for å sikre omfordeling, men i dag ser vi at mange har helse til å jobbe lengre og at de eldre har blitt den økonomisk sterkeste gruppen, sier Skirbekk, og viser til studier fra blant annet OECD.

– Mange kunne jobbet atskillig lengre, mener han, med henvisning til studier som viser at eldre også selv sier at den viktigste motivasjonen for å fortsette å jobbe er å bidra positivt til samfunnet og hjelpe andre. Økonomien betyr mindre.

Skyver problemet foran seg

Utover dette har Vegard Skirbekk og psykolog Catherine Bowen i sine studier vist at det generelle synet på eldre er mer positivt i land hvor de i høyere grad er aktive – enten i arbeid eller gjennom frivillige aktiviteter.

Skirbekk vet at temaet kan være sensitivt og vanskelig, men brenner fortsatt for ideen om å stimulere til å arbeide lengre og holde seg i bedre form til høyere alder.

– Det er få temaer som vekker så mye motvilje som pensjonsendringer og endringer i arbeidslivet for å gjøre systemene bærekraftige – se blant annet til Frankrike og Russland. Det er ikke tvil om at endringene i aldersstrukturen vil kreve at flere står i arbeid lengre. På den annen side har man i mange land sett en positiv utvikling. Også blant politikere og beslutningstakere har en slik erkjennelse vokst i senere år, men effektive reformer har vært vanskelige å gjennomføre. Beslutninger har ofte vært preget av at

Navn	Vegard Skirbekk
Alder	43 år
Familie	Gift, to barn
Bor	Oslo
Yrke/stilling	Forskningsleder Senter for Fruktbarhet og Helse, Folkehelseinstituttet, professor i aldringsforskning ved Columbia University

politikerne verken har hatt insentiver eller gjennomføringsevne til å handle i et mer langsiktig perspektiv. Ut fra en kort horisont har man valgt å forskyve problemet fordi det er komplisert og politisk upopulært. Men at man lenge ikke tok debatten om å gjennomføre nødvendige reformer var en forutsigbar feil, kostbar og generasjonsmessig ofte lite rettferdig, sier Vegard.

– Hvis folk allerede i yngre år visste at det var stor sjanse for at de skulle leve lenge, ville de kanskje investert mere i utdanning og annet som kunne gitt et bedre liv – med flere sunne år og høyere funksjon. Politikere og fagforeninger burde ha sett utfordringene ved tidligpensjon langt tidligere, her var det lav usikkerhet, og de omstillingene man tok kom altfor sent og var ofte for moderate.

Ikke bærekraftige ordninger

Demografiske prognoser av aldring pleier å treffe relativt presist selv flere tiår fram i tid, siden kullene man framskriver allerede er født og kan observeres.

– Man vet at nedgang i dødeligheten bidrar til aldring, og at det i Norge har pågått en gradvis reduksjon i dødeligheten helt siden slutten av 1800-tallet. Mange har antatt at «nå har vi nådd toppen i form av levealder», noe som ville gjort sosiale ordninger betydelig mer effektive, men så har det vist seg at endringene fortsetter videre og at vi stadig lever lengre, forklarer Skirbekk.

– De kommende årene vil vi, blant annet på grunn av endringer i demografi, være best tjent med preventive endringer i livsstil som tilrettelegger for et lengre liv med god helse og funksjon. Her er også samfunnsmessige endringer viktige. Det faktum at færre får barn, og mange er enslige, kan for en del være en viktig risikofaktor for blant annet sosial isolasjon, noe som gjør egen funksjon og evne til å klare seg selv viktigere. Hvor godt man håndterer denne type utfordringer blir over tid vesentlig både økonomisk, helsemessig og sosialt, og kan avgjøre hvor godt man selv aldres, og som nasjon. Konsekvenser av for eksempel høyt alkoholkonsum, fedme, lav grad av fysisk og sosial aktivitet, kognitive utfordringer og andre livsstilsfaktorer blir trolig viktigere, siden vi i større grad lever til vi ser helseimplikasjonene.

Internasjonal rådgivning

Vegard Skirbekk har ut fra sin innsikt i disse spørsmålene gitt politikkanbefalinger til myndigheter i blant annet Kina, Japan, USA, Sverige, Belgia, Østerrike og mange andre land.

Han har også gitt råd til internasjonale organisasjoner som OECD, FN og EU.

– Det er åpenbart at en del eksisterende økonomiske systemer og pensjonsordninger ikke har vært bærekraftige. I land over hele verden ser vi nå en økende forståelse for dette. Jeg var nylig i Santiago. Der har de lenge forberedt seg på demografiske endringer på en del områder, med blant annet en kjent pensjonsreform som har hatt en viss suksess. På andre områder, hvor man blant annet har store utfordringer med tanke på helse og funksjon, og også inkludering av kvinner i arbeidsmarkedet, har man ikke oppnådd like mye. Det er tunge systemer som skal endres, og sensitive spørsmål som må drøftes.

Når det gjelder forskning og aldring gir Skirbekk derfor honnør til dem som tidligere har våget å ta upopulære avgjørelser, blant annet i forbindelse med pensjonsreformen.

– Selv om trendene vi snakker om har pågått i over hundre år, og antas å ville fortsette videre, må det ha vært vanskelig.

Han deler likevel ikke den uttalte frykten for «eldrebølgen».

– Et aldrende samfunn vil innebære en lang rekke utfordringer, men også en rekke positive aspekter. Vi må ha flere sider av saken med oss når vi skal forholde oss til et samfunn med en mer moden aldersstruktur, som etter min mening også har store muligheter. Det er viktig at ta innover seg at det å aldres godt også kan ha viktige miljømessige implikasjoner. Aldring forårsakes til dels av lav fruktbarhet, og lav fruktbarhet er en viktig årsak til lavere befolkningsvekst. Klimaforskere viser at en lavere befolkningsstørrelse vil gi mindre ressursbruk, lavere utslipp av drivhusgasser og en mer bærekraftig utvikling med færre farlige klimaendringer. Men hvis man skal opprettholde levestandarden når befolkningen aldres, er det igjen viktig at man har et høyt funksjonsnivå og god helse.

Lønnsom likestilling

Etter forskerens mening burde vi nå vie andre faktorer som påvirker livsløp og eldre helse større oppmerksomhet.

– Hvis eldre har kroniske plager reduseres deres evne til å stå i arbeid, men også til å ha et sunt liv, noe som igjen vil svekke mulighetene for en bærekraftig framtid. Som samfunn bør vi derfor satse på tiltak som bidrar til at folk flest kan holde det gående lengre.

Skirbekk tenker ikke først og fremst på individnivå, men på andre forhold som påvirker befolkningens helse i eldre år.

– Kulturelle normer for likebehandling og likestilling har vist seg å ha en kausal effekt på funksjonsnivå blant eldre kvinner. Vi ser at holdningen til kvinners og menns deltakelse i arbeidslivet påvirker kognitive ferdigheter i eldre år. I likestilte samfunn har kvinner gjennom livet i større grad hatt utdanning, jobb og utfordrende arbeidsoppgaver. Det høster en del regioner, deriblant i flere land i vår del av verden, nå gevinsten av, fordi kvinner har en høyere funksjonsevne også i eldre år. Både for samfunnet og den enkelte er det med andre ord økonomisk og helsemessig lønnsomt med likestilling. Andre steder i verden ser vi store ulikheter på dette området. I land der kvinner ikke har hatt tilsvarende muligheter til å utfolde seg ser man i større grad reduksjon i eldrebefolkningens kognitive ferdigheter.

Kronologisk eller reell alder?

Utdanningsreformer er en annen faktor som får positiv innvirkning på framtidig kognitivt nivå og kognisjon i eldre år.

– I en internasjonal studie av funksjonell aldring sammenliknes befolkningene i kronologisk yngre befolkninger i med befolkningene i Nord- og Vest-Europa. Ved hjelp av objektive mål, blant annet en enkel standardisert og harmonisert korttidshukommelsestest, ble det dokumentert store variasjoner mellom landene. For eksempel har flere land i Asia en yngre befolkning

enn Vest-Europa, men når man tar hensyn til faktisk funksjonsnivå istedenfor bare alder blir den faktiske aldringen raskere enn i mange europeiske land. Dette skyldes trolig flere forhold, og vi tror mye av grunnen kan være et lavere utdanningsnivå og dårligere helsetilbud. Med hensyn til dette er det derfor viktig å etablere en bedre forståelse for betydningen av hvor godt man aldres – det vi si at man må tenke mye bredere enn man har gjort.

Hvordan vi fungerer i eldre år er med andre ord ikke bare snakk om alder. Men denne type mekanismer kommer sjelden fram. Vegard Skirbekk mener at vi nå er på et sted i utviklingen der vi burde forlate den kronologiske aldersstrukturen og heller se hvor godt man faktisk fungerer.

– Når man husker dårlig er viktigere enn hvor gammel man er. Befolkningen i et land kan totalt sett oppleves som «yngre» enn i andre land, selv om gjennomsnittsalderen er høyere. Det finnes ikke noe godt mål for å angi dette. På den ene siden kan vi si at Norges befolkning blir eldre, men når det kommer til stykket kan vi faktisk sammenliknes med yngre befolkninger fordi andre mekanismer er sterkere enn de aldersmessige endringene.

Må kombinere innsikt

Vegard Skirbekk er gjennom sitt arbeid med aldring og helse opptatt av å finne nye løsninger på de utfordringene man ser nå og i framtida.

– Når det gjelder boligpolitikk kunne vi for eksempel satse på å etablere systemer med større sosiale fellesskap for alle de som mangler familiær støtte. Bosettingsmønstre kan endres, men det er vanskelig å flytte i eldre år, så samfunnet kan gjøre lurt i å være føre var.

Som forsker presenterer han hyppig i andre regioner i verden. Her opplever han publikum som svært lydhøre når han snakker om dette temaet. – Jeg har møtt stor forståelse for at noe må gjøres. Man har i de fleste land forsømt seg på disse områdene, noe som er uheldig fordi det er lettere å være preventiv.

Han er selv opptatt av å kombinere innsikt.

– Jeg prøver å være interdisiplinær. Medisinere, epidemiologer og genetikere pleier ikke å skjele tilstrekkelig til hva økonomer, demografer og kulturforskere har gjort, og omvendt, men det kan være helt avgjørende å se forhold fra ulike sider for å kunne være best mulig forberedt. Det er da vi kan høste de største gevinstene, og kan gjøre færre feil. Vi må tenke bredere og se på alt fra reformer for pensjonssystemet til årsaker til at eldre gjør det dårligere i arbeidslivet og hva som kan gjøres med det. Skape fellesarenaer med et sosialt perspektiv i større grad enn det som er gjort. Faktorer som påvirker livsstil blir viktigere i aldrende samfunn. Livsstil er viktigere enn noen gang og kulturelle faktorer er spesielt viktig. Ikke minst når det gjelder å forstå hvorfor noen økonomier og kulturer kan være assosiert med en sunnere aldring enn andre.

Vil forstå framtidige helseutfordringer

– Kulturelle faktorer innad i Norge blir også viktigere. Sosiale forhold er sentrale for mening og livsstil, spesielt når du blir eldre. Blant disse er at en stadig større andel av eldrebefolkningen vil være enslige. At mange enslige ikke er sosialt integrert, ikke er fysisk aktive eller deltar i samhandling og frivillige aktiviteter, eller har dårlig kontakt seg imellom og med andre, vil få en negativ innvirkning. Samtidig er det slik at vi fødes med én biologisk familie, men har nok mer valgfrihet til også å få en sosial familie.

Senere fødte generasjoner i vår del av verden – ikke minst i Norge – får i dag sjeldnere enn før sine egne barn og færre blir foreldre. Tidligere fikk «alle» barn og ble gift, nå blir spesielt mange menn barnløse.

– Over bare to tiår ser vi en fordobling i antall menn som ikke får egne barn, fra rundt en av åtte til om lag en av fire ved 40-årsalder. Samtidig kan det være menn som helsemessig tjener mest på å ha familie, det ses sterkere

helseutfall hos enslige menn enn kvinner. Takket være mange slike forhold kan man forutsi hvem som får dårlig helse. Familiestøtte kan være viktigere enn inntekt og utdanning. At så mange har mindre kontakt med barn er viktig å kjenne til hvis man vil forstå og forutsi framtidige helseutfordringer. Det vil for en del kunne få stor effekt på deres sosiale aktivitet, og det er viktig at man er forberedt.

– Vi burde derfor stille flere spørsmål av typen: «Hvordan påvirker sommerens hetebølge aldringen. Mange orket ikke å gå ut, hva karakteriserte dem som ble hjemme? Gir det negative helseeffekter? Hvordan kunne det vært unngått», mener Skirbekk.

Tidlig innsats

Internasjonal sammenlikning av funksjonell aldring viser at ulike typer intervensjoner både kan føre til at noen land på sikt klarer seg bedre enn andre og forklare trender med uhelse.

– Hvordan man best håndterer aldring bør derfor gjøres til et spørsmål om tidlig intervensjon. Vi vil uten tvil gå over til en permanent eldre verden. Et viktig aspekt i den forbindelse er hvor lang tid det har tatt å tilpasse seg den aldring som nå finner sted. I mange asiatiske land, som Vietnam og India, har det funnet sted en svært rask økning i levealderen i løpet av de siste 50 årene. Men i vår del av verden har man hatt den samme utviklingen over langt lengre tid – i Vest-Europa har dette skjedd over 150 år.

Når det gjelder egne eldre år er han innstilt på å se hvordan det går.

– Jeg prøver selvfølgelig å følge egne råd. Trimme litt hver dag og ta tilstrekkelig antall pauser, noe som er viktig, ikke minst med tanke på et stadig lengre livsløp. Så jeg sykler mye, løper og går gjerne på ski. Med hensyn til aldring er nok Norge bra på noen områder, men har mye å hente på andre – det er klart vi savner alle de flotte parkene og bybildet i Wien, kulturtilbudet, og kvalitet på offentlig kommunikasjon. Det ligger mye sosialt og kanskje helsemessig i det. Slike omgivelser stimulerer trolig mange til et mer aktivt liv – noe som ikke minst er sunt i et livsløpsperspektiv!

Helsemestring fra vugge til grav

Reformen *Leve hele livet* henter inspirasjon fra Stavanger. Her er fokus nå flyttet fra å skulle klare seg selv lengst mulig til å klare seg best mulig – hele livet.

Bente Wallander (tekst/foto)



– Vår satsing på mestring og helse gjelder ikke kun eldrebefolkningen. Vi tenker folkehelse fra livets aller første dag, sier programleder Stine Johansen Haaland i modellkommunen Stavanger.

Om Regjeringens kvalitetsreform *Leve hele livet* sies at den «skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene.»

Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på utfordringer knyttet til blant annet aktivitet, ernæring, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

I Stavanger begynte man å planlegge omstillingsprosjektet *Leve hele livet* allerede i 2010.

– Utgiftene til omsorg økte mer enn ønskelig, og man så at kommunen ville få langt flere eldre som en følge av demografiske endringer. Politikerne ville utnytte omsorgstrappa bedre, spesielt på lavere trinn. Det første målet var å komme tidligere inn, før utfordringene ble for store. Administrasjon og politikere jobbet sammen med inspirasjon fra Danmark og Sverige, som begge tok grep om hverdagsrehabiliteringen før oss, forteller Stine Johansen Haaland.

Med Samhandlingsreformen i 2012 fulgte kravet om at flere skulle få kommunale omsorgstjenester. I Stavanger ble en pilot for hverdagsrehabilitering iverksatt, med det som mål at eldre skulle få et bedre og mer selvstendig liv. Et tverrfaglig team skulle gi folk over 65 år tilbud om hjemmetrening. Forebyggende hjemmebesøk, velferdsteknologi og å følge pasienten hjem var andre satsingsområder.

I 2014 ble Helsehuset åpnet, samtidig med at piloten for hverdagsrehabilitering var ferdig og implementeringen i drift startet.

– Dette året kom også utviklingsprosjektet *Leve hele livet*, Versjon 1.0. Forebyggende hjemmebesøk, velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering og å følge pasienten hjem var satsingsområdene da.

Man var her opptatt av «Hvordan komme inn på det tidspunkt som er gunstigst for brukeren?» Frisklivssentralen, psykologtjenesten for yngre innbyggere (16–40 år), USHT, forebyggende hjemmebesøk og sykepleieklinikken ble alle en del av Helsehuset.

– Ved oppstart var målgruppen innbyggere over 65 år, men ved årsskiftet I mai 2016 vedtok politikerne at slik skulle vi jobbe mot alle i Stavanger som har behov for helse- og omsorgstjenester. Hva er viktig for deg, har vært et ledende spørsmål hele veien, sier Haaland.

Våren 2015 begynte man med hverdagsmestring som handlet om at de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene, og da primært hjemmesykepleien, skulle implementere erfaringer fra hverdagsrehabilitering i sin måte å jobbe på. De som hadde potensiale for å mestre selv skulle få opplæring, opp trening og veiledning til dette.

At man med versjon 2.0 av *Leve hele livet* i 2016 valgte å satse mer på hverdagsmestring ga effekt for flere. I dag mottar 450 brukere hverdags-



◀ – Vi tenker mestring fra livets aller første dag, sier programleder Stine Johansen Haaland.

Ann Synnøve Jensen fra helsehusets avdeling for velferdsteknologi ved den mobile utstillingen. ▶



rehabilitering hvert år. Stavangers hjemmesykepleiere fikk i starten undervisning ved hjelp av en tredelt kompetansepakke.

– Vi har jobbet mye med informasjon og kompetanseheving, og tilbyr i dag undervisning i faglunsjer, filmer, hospitering i avdeling for hverdagsrehabilitering og Skulder til skulder-veiledning ute i avdelingene. Vi er også i ferd med å ferdigstille e-læring om hverdagsmestring for å supplere kompetansehevingen.

Med Leve hele livet Versjon 3.0 fjernet man i 2018 eldreprioriteringen. Satsingen på andre grupper ble tydeligere når områdene psykisk helse, rus og personer med utviklingshemming ble inkludert, og man fikk større fokus på brukernes ressurser. Det skal satses på fire hovedområder: Helsefremmende og forebyggende tiltak, velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

– Hovedsatsingen innen rus og psykisk helse går på å implementere en recovery-orientert tilnærming i måten vi jobber med denne gruppen. Her står *Hva er viktig for deg* sentralt. Helsepersonellens rolle er å støtte brukeren til å oppleve mestring og utnytte sine ressurser på en best mulig måte. I dag inneholder Helsehuset Frisklivssentralen, psykologtjenesten for voksne, enhet for forebyggende hjemmebesøk og aktiviteter, avdeling for velferdsteknologi, utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, en forskningsavdeling samt Prosjekt Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (IKART).

Eldresatsingen opprettholdes, med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring samtidig som nye tiltak inkluderes. Alle i Stavanger som fyller 75 år inviteres også til senior-konferanse i jubileumsåret sitt. Deltakerne inspireres til å planlegge fremover og ta vare på egen helse. Kommunen tilbyr

hjemmebesøk til alle som fyller 80 og ikke har tjenester fra kommunen fra før.

– Vårt mål er å hjelpe og løfte folk slik at de kan klare seg selv. Dette krever endring også hos ansatte. Vi går ikke lengre i hjelpefella og låser oss inn hos brukerne, de skal åpne døra selv. Den største gevinsten vi kan få er å oppleve mestring sammen med brukeren. Denne metoden tenker vi gjelder flere. Uavhengig av potensiale skal alle få muligheter til å gjøre det som er viktig for dem. Vi skal spørre «Hva er viktig for deg», og påse at tjenestene støtter brukeren hele livet til at hverdagene i så stor grad som mulig fylles med dette.

Det har virkelig vært et paradigmeskifte å få et slikt spesifikt mål. I sum har tiltakene hatt en sterk og positiv helseeffekt, sier Stine og understreker ledelsesforankringen som viktig for prosessene de har gjennomført:

– De har virkelig villet få det til! Med Helsehuset har vi fått en helsefremmende spydspiss for nye måter å jobbe på. Fra å tenke at eldre skulle leve lengst mulig i eget liv har vi gått til å tenke at de skal leve best mulig hele livet. Det gir noe helt annet.

Eva bidrar til å gjøre Oslo aldersvennlig

Charlotte Nagell (tekst/foto)

Hovedstaden har satt seg mål om å skape et tilgjengelig og inkluderende urbant miljø som fremmer aktiv aldring. Handlingsplanen er i stor grad resultat av oslofolks medvirkning.

– For et kick!

Eva Qvist klukker bak styret på den elektriske rullestolen, «Lillebil». Hun har akkurat kjørt ned den bratteste bakken på gangveien som løper langs Akerselva, og nå bruser det like mye i blodet som i fossefallet bak henne.

Hun er en av seniorene kommunen ba om å bidra til å kartlegge framkommelighet i forbindelse med prosjektet Aldersvennlig by, som skal legge til rette for at alle innbyggere, uansett alder, skal ha mulighet til å leve frie og meningsfulle liv, hvor de opplever tilhørighet, mestring og trygghet (1).

Qvist fikk utdelt et nettbrett og opplæring i bruk. Så reiste hun på kryss og tvers av sentrum for å filme mangler på universell framkommelighet og eksempler på velfungerende områder.

Nå er 77-åringen på vei fra leiligheten på Sagene til frivillig arbeid i Tøyen kirke. På grunn av sykdom har hun nedsatt radius til fots. Derfor er hun avhengig av at den fire kilometer lange strekningen langs gangveien er tilrettelagt for rullestol.

– Her er det alltid rydda og godt belyst. Jeg kjører til og med hjem på kveldstid, uten å være redd, men ikke alt fungerer like godt. Jeg filmet for eksempel en situasjon der jeg ikke kom meg ombord i t-banevogna fordi avstanden til perrongen var for stor. Høye fortauskanter er også ugreie. Så jeg er veldig glad for å bli tatt med på råd. Det er godt å føle seg som en ressurs.

Helhetlig tilnærming

Befolkningsaldring og urbanisering er de to viktigste demografiske trendene som påvirker verden i dag. For å møte utfordringene, har Verdens helseorganisasjon (WHO) etablert et nettverk for aldersvennlige byer og samfunn. Nettverket har snart 800 medlemmer, alt fra små kommuner med noen hundretalls innbyggere, til millionbyer som Tokyo, London og Los Angeles. Oslo ble medlem som første norske by, i 2014.

Fram mot 2040 vil Oslo oppleve at andelen innbyggere over 67 år stiger betydelig. Det vil være 50.000 flere enn i dag, et tall som tilsvarer hele befolkningen i Tønsberg. Anne Berit Rafoss, spesialrådgiver i byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester, sier samfunnsutviklingen tvinger oss til å tenke nytt.

– Vi gikk inn i nettverket fordi vi ville lære av og dele med andre byer. Essensen er å tenke tverrsektorielt i forhold til den aldrende befolkningen, både når det gjelder muligheter og utfordringer.

Tilrettelegger sentrum

Arbeidet for en aldersvennlig by startet med en bred kartlegging hvor medvirkning sto sentralt. Det ble arrangert folkemøter og dialogmøter med aktuelle etater, som plan- og bygningsetaten og bymiljøetaten.

For at ulike fagmiljøer skulle forstå vanskelighetene personer med nedsatt funksjonsnivå kan møte i byrommet, arrangerte kommunen byvandring med brukere og ansatte på dag- og kveldstid. Sammen med filmene fra Qvist og andre seniorer, ble visualiseringen en viktig øyeåpner for fagfolk og politikere, som vanligvis ikke jobber tett på eldre.

– Byrådet arbeider for et bilfritt byliv som skal gi oss et grønnere og mer levende sentrum. Vi må sørge for at det også oppleves trygt. Det betyr at vi må ha tilgjengelige toaletter, adekvat belysning og nok benker som ikke bare er fine å se på, men også hensiktsmessig utformet med tanke på høyde, helning på sitteflaten, ryggstøtte og armlener. Det er ikke bare viktig å sitte godt. Eldre må være sikre på at de kommer seg opp igjen, sier Rafoss.



Bratte bakker er ingen hindring
for Eva Qvist og «Lillebil».

Buss mot isolasjon

Oslo er mer enn sentrumskjernen. Innbyggertallet i kommunen nærmer seg 670.000. Bydel Nordre Aker, med omkring 50.000 innbyggere, ble valgt ut som pilotprosjekt fra 2015 til 2017.

Erfaringene fra pilotprosjektet og følgebydelene Sagene og Frogner, sammen med brukermedvirkning, tverrsektorielt samarbeid og politisk forankring, har resultert i en handlingsplan som peker på seks hovedsatsingsområder: Samfunnsdeltakelse, bolig, kommunikasjon og medvirkning, transport, utendørsområder og fysisk aktivitet samt helse- og omsorgstjenester.

Dialogen med Oslos eldre viste at transport var tema nummer én. I samarbeid med Ruter, som er ansvarlig for kollektivtransporten i Oslo, utviklet kommunen en ny form for aldersvennlig transport, de rosa bussene, i bydel Nordre Aker.

Minibussene er et tilbud til personer over 67 år som trenger transport fra dør til dør for å gjøre ærender, gå på besøk eller bare har lyst på en tur ut. Passasjerene bestiller på telefon eller app, prisen er som en vanlig honnørbillett og man kan ta med seg en venn.

Første november ble tilbudet utvidet til Sagene, og Randi Aamodt var til stede under lanseringen ved seniorsenteret. Hun tror de rosa bussene kan bidra til å motvirke isolasjon og funksjonsfall blant eldre, spesielt med tanke på den tøffe vinteren som var.

– Selv om vi her i bydelen allerede er vel-signert med et godt kollektivtilbud, opplever noen at det er for langt til nærmeste holdeplass. Det kan også være vanskelig å komme seg på

trikken, og noen er redde for å ikke komme seg inn før dørene glir igjen. Når det i tillegg kommer snø og blir glatt, er det fort gjort å bli sittende hjemme og vente på våren. Jeg er fortsatt mobil, men holdt meg mer innendørs sist vinter på grunn av føreforhold. Det tror jeg vil endre seg nå som jeg kan hoppe på den rosa bussen rett utenfor døra.

Vil nå ut

Aldersvennlig infrastruktur er førsteprioritet for kommunen, men parallelt jobbes det med kulturaktiviteter. Det er blant annet inngått samarbeid med Den Norske Opera, Oslo Konserthus og Filharmonien. I høst åpnet et demensvennlig bibliotek på Oppsal, og Generation Games ble arrangert på Rådhusplassen for andre år på rad i juni. Der kunne lag, bestående av minst to generasjoner, bryne seg på alt fra sjakk til volleyball.

Rafoss forteller at kommunen må forholde seg til at mange eldre ikke bruker internett. Det betyr at de ikke får med seg informasjon om tilgjengelige tjenester og tilbud som blir annonsert gjennom digitale media.

– Vi skal legge til rette for å øke digital kompetanse, men samtidig må vi sørge for at informasjon fortsatt er tilgjengelig på papir og ulike språk for å fange opp mangfoldet i befolkningen.

Sjef i eget liv

Selv om eldre ofte blir omtalt som en gruppe, er aldersspennet betydelig. Det er 40 år og to generasjoner mellom en 65-åring og en 105-åring. Byråd for eldre, helse og arbeid,

«Dialogen med Oslos eldre viste at transport var tema nummer én.»



Spesialrådgiver Anne Berit Rafoss sier utviklingen av en aldersvennlig by er bygd på tverrsektorielt samarbeid.



Byråd Tone Tellevik Dahl lanserte de rosa bussene i bydel Sagene første november.

Tone Tellevik Dahl (Ap), synes begrepet eldrebølge er misvisende.

– Eldre er ingen ensartet gjeng med grått hår og rullator som kommer tassende mot oss. Vi må slutte å stakkarsliggjøre dem. Jeg har selv blitt løpt fra av en 92-åring. De eldre sitter på enorme ressurser og er allerede viktige bidragsytere til samfunnet, blant annet som grunnstammen i frivillighetskorpsene våre. Men jo eldre man blir, desto større er sannsynligheten for helseplager. Det utfordrer oss som kommune med ansvar for primærhelsetjenesten, sier Dahl.

Byrådet har som uttalt målsetning å gå bort fra en institusjonsbasert omsorg og over i en aktiv alderdom, hvor eldre kan være sjef i eget liv. Arbeiderpartiet gikk til valg på å kreve inn eiendomsskatt, for blant annet å finansiere 500 nye årsverk i de hjemmebaserte tjenestene i løpet av 2019. Så langt har bydelene fått midler til 425 nye årsverk, og ytterligere 75 er foreslått i budsjettet for 2019. 135 av årsverkene er øremerkede til aktivitetstid, rehabilitering og dagtilbud. 31. august var 236 av de nye årsverkene besatt.

– Vi har kastet stoppeklokka. Brukerne skal gå fra å være passive mottakere til aktive deltakere. Våre medarbeidere skal spørre: Hva er viktig for deg? Da skal Åse, Kjell og alle de andre som mottar tjenester, kunne sette ord på hva som er viktig for dem den dagen. Så skal våre medarbeidere lytte og vurdere hvordan oppgavene kan utføres på best mulig måte. Veien til en aldersvennlig by skapes sammen med Oslos seniorer.

Være noe for andre

Dahl anslår at arbeidet med utformingen av en aldersvennlig by innebærer et milliardløft for kommunen i innværende bystyreperiode. Neste kommunevalg vil avgjøre hvor veien går videre.

På Sagene fortsetter Eva Qvist videre langs elveløpet i «skilpaddetempo». Det gir henne mulighet til å prate med barna som mater endene, og gi råd til en nybakt far som ikke har sovet på mange netter på grunn av datterens kolikk.

Kvelden i forveien var hun på konsert, hørte eksperimentelle salmer og «groovy» rytmer. Qvist er ikke bare frivillig i flere kirker, hun stiller også opp for kvinnene i Bredtveit fengsel.

– Det viktigste for meg er å være noe for andre mennesker, men da er det en forutsetning at man kommer seg ut der andre mennesker er. «Lillebil» og en framkommelig by gir meg den friheten, avslutter Qvist.

«– Vi har kastet stoppeklokka. Brukerne skal gå fra å være passive mottakere til aktive deltakere.»

REFERANSE:

1. Handlingsplan for en aldersvennlig by. Trygg og mangfoldig eldreomsorg. Oslo kommune.



Eva Qvist og Randi Aamodt tror flere seniorer vil komme seg ut med de rosa bussene.

HVA HAR BLITT GJORT I ANDRE NORDISKE BYER?

I **Gøteborg** har seniorer deltatt i dialogmøter om byutvikling og bruker nettbrett til å filme hva som fungerer bra og dårlig i lokalmiljøet. Det legges til rette for møteplasser på tvers av generasjoner.

I **Tampere** arbeider kommunen for å endre holdninger til eldre og aldring. Frivillige sørger for at eldre kommer seg mer ut.

I **Reykjavik** har alle over 67 år gratis adgang til kommunens svømmehaller. Kommunene har nært samarbeid med byens idrettsklubber slik at eldre holder seg fysisk aktive.

I **Aarhus** arbeider både frivillige og næringsliv sammen for å bekjempe ensomhet. Byen har investert i velferdsteknologi, og beboere på institusjoner har begynt å lage sin egen mat.



Turid Rønningen (t.v.) og Lisbeth Haugan fra Nykirke Bygdekvinne lag står for dagens middag.

Frivillige vekker matlyst

Bente Wallander (tekst/foto)

Prosjektet Måltidsvenn holdes fram av Regjeringen som eksempel for å stimulere til økt matglede blant eldre. Det forstår de som nyter dagens fellesskap på Borre i Horten kommune godt.

Lukta av hjemmelaget fiskegrateng lokker selskapet inn, fagsykepleier Stina Johannessen ønsker hver og én velkommen. Nå sitter forventningsfulle måltidsvenner ved et pent pyntet bord. Ved grytene legger de frivillige kokkene fra Nykirke Bygdekvinne lag siste hånd på middagen.

– I dag skal vi servere fiskegrateng med gulrøtter og potet fra Vestfold. Til dessert blir det sjokoladepudding og vaniljesaus, forteller Lisbeth Haugan og Turid Rønningen. Fortsatt stolte etter forrige gangs servering av samme:

– Jeg har aldri før fått så mye skryt for noen middag, derfor får dere det samme i dag, sier Haugan.

Inspirerer andre

Oppmerksomhet har måltidene som serveres i nordfløyen på Gannestad også fått fra høyeste politiske hold nå i høst. Måltidsvenn-tilbudet er

nevnt som et godt eksempel i kvalitetsreformen Leve hele livet, og fagsykepleier Stina Johannessen har deltatt på fire av seks inspirasjonskonferanser i regi av departementene for Landbruk og mat og Eldre og folkehelse. Deltakere fra det ganske land har lyttet til hennes presentasjon av ernærings tiltaket for eldre, enslige hjemmeboende i Horten.

– Det er gøy å snakke om noe så viktig, som folk er så interessert i. Det tar litt av, rett og slett.

Høsten har vært hektisk, men også veldig morsom, sier hun.

Underernæring ses for sent

Sammenhengen mellom god ernæring og eldrehelse har de siste årene vært tema for flere satsinger. Landbruks- og matdepartementet arrangerte i 2015 konkurransen Gylne måltidsøyeblikk. Målet var å framheve måltidet som en viktig del av livet til beboere på sykehjem og belyse problemstillingen med underernæring hos eldre. Departementet videreførte i 2016 satsingen. En ny konkurranse under overskriften Måltidsglede ble igangsatt, nå i samarbeid med Forbrukerrådet.

– Etter å ha deltatt i konkurransene ville Landbruks- og Helse- og sosialavdelingene i Vestfold videreføre et fokus på ernæring hos enslige hjemmeboende eldre. På spørsmålet om hva de trenger mest svarte fylkeslege



Henning Mørland: «Den største utfordringen er at underernæring og dehydrering oppdages for seint», husker Lisbeth Haugan.

Hun arbeidet selv hos Fylkesmannen i Vestfold da man bestemte seg for å prøve ut modellen Måltidsvenn, et samarbeidsprosjekt mellom Fylkesmannen i Vestfold, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, hjemmetjenesten i Horten kommune og Nykirke bygdekvinne- lag.

– Horten kommune hadde vist seg innovative tidligere. Det var naturlig å starte her.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser

Av Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, 2013, framgår at eldre hjemmeboende enslige og personer med demens er blant gruppene som har særlig risiko for underernæring. Forekomsten av underernæring blant hjemmeboende syke eldre er i én undersøkelse anslått til å være rundt ti prosent, mens en prevalensstudie som omfattet over 340 hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum viste at hele 46 prosent var underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Fra retningslinjene siteres videre:

«Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og gir økt dødelighet. I tillegg til de helsemessige skadene, vil underernæring hos eldre også

kunne få store samfunnsøkonomiske konsekvenser. En underernært pasient i sykehus har opptil tre ganger så lang liggetid i institusjon som en velernært pasient.»

Godt og gammeldags

I planleggingen av Måltidsvenn ble det vurdert om man skulle reise hjem til én alene – men det var ikke enkelt å få til i praksis.

– Ved å servere flere på en gang får du den sosiale biten i tillegg. Det er også god helse. Alle som flytter inn i en av de tilrettelagte leilighetene i Nordfløyen på Gannestad får nå tilbud om å delta. I det siste har åtte beboere vært med hver gang, men i dag var en av dem syk, opplyser Stina Johannessen.

Siden de frivillige kokkene serverte det første måltidet høsten 2017 har de lært at gjestene først og fremst foretrekker vanlig norsk hverdagsmat. I måltidskalenderen for 2018 har de ført opp alt fra ertersuppe og pannekaker til hønsefrikassé og færikål.

– Det er noe av poenget med å velge en samarbeidspartner som bygdekvinne. De frivillige bør ha hjerte for god tradisjonsmat, sier Lisbeth Haugan.

Mange mulige partnere

– Frivillige finnes i alle bygder og nabolag. Også enkeltpersoner. Dette tiltaket kan lett adopteres av andre, men bygdekvinne- laget har vært en suksessfaktor her på Borre. At vi har én gruppe

Det sosiale spiller på lag. Det ligger mye god helse i felles måltider (t.v.).

– Dette måltidet gleder vi oss til hele uka, sier Liv Elvestad (88) (over t.h.)

Fagsykepleier Stina Johannessen har reist land og strand rundt for å inspirere andre.





– Noe annet enn Fjordland, sier Magne Akselsen om fellesmåltidene.

å forholde oss til gir forutsigbarhet både for oss og beboerne. For egen del går dette litt av seg selv nå, sier Stina Johannessen.

Beboerne betaler for råvarene, 70 kroner per middag.

– Vi gjennomførte en spørreundersøkelse for å undersøke eventuell trivselseffekt etter endt prosjektperiode våren 2018. Samtlige var svært fornøyd med tilbudet og syntes det var viktig for trivsel og fellesskap i borettslaget, opplyser Johannessen.

Måltidsvenn ble derfor besluttet videreført. Med et så velfungerende konsept å vise til skulle man tro det var enkelt å dra i gang noe liknende andre steder.

– Vi har spurt flere grupper; på eldresentre, i boliglag og så videre. Uten resultat. Spredningen har tatt lenger tid enn vi hadde regnet med, men vi vil fortsatt jobbe med saken. Kanskje flere finner sammen nå når tiltaket blir mere kjent, sier Lisbeth Haugan.

Den gode samtalen

Trivselen rundt middagsbordet er åpenbar og samtalen flyter lett. I første rekke om mat og bygdekvinnes nydelig dekkede bord, men alvorligere temaer, som alle avdøde venner, tas også opp.

– Det er så mange som er borte, det er trist å tenke på. Jeg er takknemlig for at vi kan samles her hver uke, sier Gunvor Kristine Moskvil.

Noen av de hun spiser sammen med liker egentlig ikke fisk, men spiser det likevel her. Andre drømmer om kjøttkaker, eller nok en hvalbiffmiddag. De nylig høstede potetene fra Nykirke vekker minner om opptakingen, en til tider strevsom foreteelse de fleste tok del i som barn.

– Det er veldig fint å få hjemmelaget mat servert akkurat slik vi er vant til. Jeg tror vi går og gleder oss til det alle sammen, sier Liv Elvestad (88).

– Det er noe annet enn Fjordland som det går i til daglig, humrer Magne Akselsen.

VIL VEKKE ELDRES APPETITT

Landbruks- og matminister Bård Hoksrud (Frp) og eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen (Frp) har i høst reist rundt for å stimulere til lokale matgledetiltak for eldre. Ordførere fra alle landets kommuner har vært invitert til gratis Matglede-seminar i Alta, Vadsø, Ålesund, Hamar, Grimstad og i Mosjøen.

– God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet. Målet med inspirasjonsdagene er å bidra til flere gode måltider på sykehjem, redusere underernæring hos eldrebefolkningen og gi dem som jobber i eldreomsorgen faglig påfyll», sier Bård Hoksrud.

– Gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter for mange eldre. Det skaper trivsel og forebygger sykdom. Små grep som å flytte middagen til senere på dagen eller å lage en hyggelig sosial rammet rundt måltidet, kan ha stor effekt på matgleden. Nå håper jeg kommunene lar seg inspirere av de mange gode eksemplene, sier eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen.

Til seminarene ønsket man også velkommen ansatte som jobber med matfag, har pleieoppgaver i institusjoner og/eller i hjemmetjenesten samt representanter fra kommunenes administrasjon som ville se sammenhengen mellom innkjøp av mat, kosthold og matglede.

– God matomsorg reduserer medisinbruk og gir bedre livskvalitet. Det er avgjørende for å møte flere samfunns- og helseutfordringer, fastslår Hoksrud og Michaelsen.

MÅLTIDSVENN – KVALITETSSIKRING

- // Brukere og pårørende mottar god skriftlig og muntlig informasjon
- // Frivillige hjelpere skriver under taushetserklæring
- // Bygdekvinnelaget lager en menyliste for en måned av gangen ut i fra lokale sesongråvarer og høytider/tradisjoner og står ansvarlig for innkjøp av råvarer
- // Hjemmetjenesten bruker kartleggingsverktøyet MUST for å kartlegge ernæringsstatus hos brukere som deltar. Blodprøver blir tatt for å kunne måle en eventuell endring av blodverdiene, slik at man i ettertid kan dokumentere eventuell helseeffekt av prosjektet
- // Undervisningssenter for sykehjem og hjemmetjenester Vestfold (USHT-V) er prosjektansvarlig. Fagsykepleier fra Horten kommunes hjemmetjeneste har ansvar for oppfølging av de frivillige Måltidsvenner.



Michelinstjerner på sykehjem

Michelin-priste RE-NAA i Stavanger er en av landets beste restauranter. De har også skapt en måltidsopplevelse av de sjeldne for beboere med demens på sykehjem. Nå utfordrer Torill Renaa (bilde) flere restauranter til å delta i Måltidsglede-bevegelsen.

Bente Wallander (tekst/foto)

RE-NAA var den første restauranten utenfor Oslo som ble tildelt en Michelin-stjerne. I Stavanger har eierne, Torill og Sven Erik Renaa, også etablert spisestedene Renaa Matbaren og Renaa Xpress. Snart åpnes en Renaa-restaurant på Sola lufthavn. Torill er faglært servitør og vinkelner mens mannen er utdannet kokk.

– Som servitør møter du ofte folk i en god, positiv overskuddssituasjon, og våre gjester har, med rette, store forventninger til oss. Renaa Restauranter er ikke det vi jobber med, det er det vi er. For å kunne stå i et konstant forventningspress og ha motivasjon til å drive det videre, har det blitt viktig for oss at vår restaurantdrift gagnar nærmiljøet og samfunnet rundt oss. Det gir oss litt mer substans, sier Torill.

– Jeg er selv med i en arbeidsgruppe for Stavanger sentrum. Her dukket ideen om å servere et Michelin-måltid på et sykehjem opp. I samarbeid med Universitetet i Stavanger og prosjektene *WiseAge* og *Smartby* for eldre ble måltidet også del av et større forskningsprosjekt. Finansieringen ble delt på tre, hvorav RE-NAA tok den ene delen, og en avdeling ved Stokka sykehjem ble valgt som arena for måltidet.

– Vi ønsket å gi beboerne en måltidsopplevelse utover det hverdagslige. Men det var viktig at sykehjemmets ansatte skulle oppleve oss som en ressurs og en positiv opplevelse. For å kunne gi beboerne, våre gjester, en maksimal måltidsopplevelse jobbet vi som om de hadde bestilt bord på stjernerestauranten RE-NAA. Der lærer vi oss mest mulig om gjestene våre for å gjøre dem trygge på at vi vil gi dem en god opplevelse. Dette overførte vi til Stokka sykehjem. Her måtte jeg i tillegg lese mye om demens. Ut fra samtaler med personalet og faglitteratur forsto jeg at behov for trygghet er felles. Mine virkemidler og fokus er kun på måltidsopplevelsen, de som jobber på et sykehjem i det daglige har flere roller. Kunne jeg med min kompetanse inspirere til å øke måltidsopplevelsen, var det muligheter for kompetansedeling? Jeg ba om å få tilsendt bilder av kveldens gjester på forhånd, for å kunne ønske dem velkommen med navn. Vi spilte ellers mye på det symbolske for å signalisere fest. Kokkene bar høye hatter, klassiske kokkeklær og bordet ble dekket med hvit duk og flotte blomsteroppsatser.

For å trigge gjestenes sanser med lukt bygget vi opp vårt profesjonelle kjøkken på stedet. Gjestene hadde da også forberedt seg godt. Noen hadde besøkt frisøren, alle var fint pyntet.

På forhånd fikk Torill høre at personer med demens maksimalt ville bli sittende i ro en halv time.

– Våre gjester satt med pleierne ved sin side i to timer, det var bare én som ikke fullførte. Rapportene sa at deltakerne sov svært godt natta etter. Vi har verktøy for å skape gode måltidsopplevelser. Når det koker her, og det gjør det hver dag – da går jeg gjennom restauranten veldig rolig. Ved å ta meg tid skapes en atmosfære av ro og trygghet.

Så fornøyd ble Torill selv med opplevelsen at hun heretter ønsker å arrangere fire tilsvarende måltider hvert år. På forskjellige steder, for ulike grupper.

– Å bry seg om andre er et samfunnsansvar. Har man anledning og engasjement bør man bidra med noe. Det er ikke min misjon å endre sykehjemsmaten, men hvis vi sår et frø med våre «gode øyeblikk» kan det kanskje skape energi og positive ringvirkninger? Vi har et sterkt merkenavn, som på denne måten kan brukes til noe positivt for miljøet rundt oss. Nå skal jeg jobbe med å få på plass finansieringen og på sikt håper jeg at andre restauranter blir med. Sammen kan vi skape en Måltidsglede-bevegelse!

Harald Skålevik har
fått et bedre liv etter
å ha flytta til Stokka
sykehjem.

Rusavdelingens høytflyvende drøm

Det starta med fem høns. I dag har sykehjemmet over hundre fugler, fisker og noen hunder som følger med ansatte til jobb.

Bente Wallander (tekst/foto)

Først i rekka ruller Harald Skålevik. Vaggende bak: En andrik og sju utålmodige gjess. Henrykte høns kakler i kor, mens påfuglene stoisk avventer.

Høsten er så definitivt til stede i Stavanger denne septemberdagen. Det er ikke med stor lyst Harald begir seg ut i det våte løvet, men ønsket om å vise fram fuglene beseirer trangen til nok en trøstende dram. Flokkførerens utspredte frø forårsaker snart en øredøvende kakofoni. Øyeblikket forgylles av Haralds lykkelige smil.

Få minutter før har han fortalt at dagsformen er slett. Avtalen vår var noe han så fram til, men i ventetida har spenningen bygd seg opp. Blikket jeg møtes av er sløvt, og øynene renner over. Det tomme glasset på bordet forteller sitt.

– Det ser helt for jævlig ut her inne! Jeg vet ikke om jeg orker å snakke med deg!

Harald Skåleviks fuglefascinasjon startet med undulaten Pelle. I fem-seksårsalderen elsket han den lille fuglen som hadde fast plass på skulderen hans hjemme i Odda. Lille julaften er det over 60 år siden Pelle kom seg ut gjennom en åpen dør, for siden å forsvinne for godt. Harald berøres fortsatt sterkt av historien.

– Det ble den tristeste jula jeg noensinne har hatt!

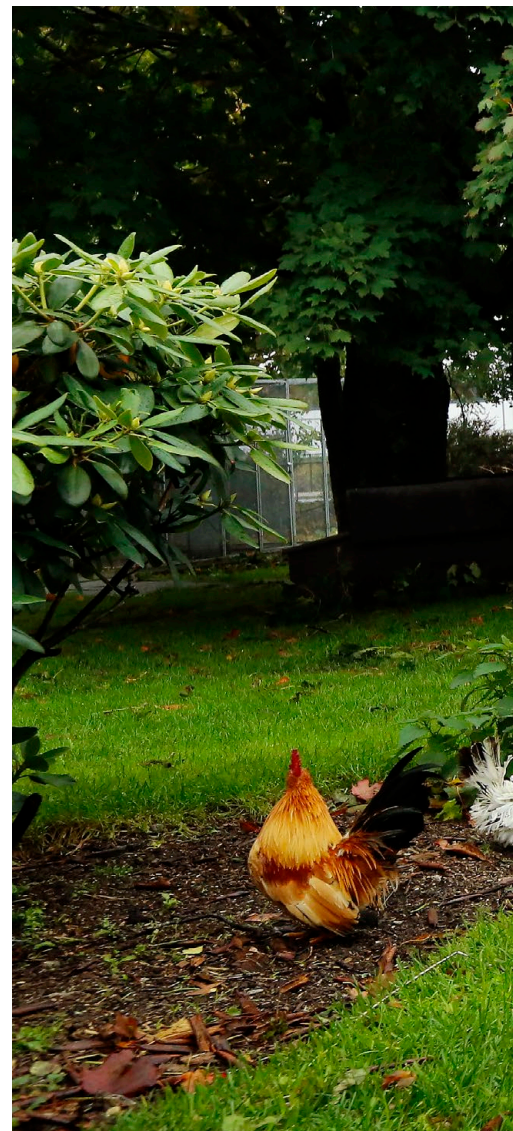
Andre fugler har i de senere årene gitt Harald nye gleder i livet. Egentlig var det dét vi skulle snakke om.

– Min far var fra Øygarden utenfor Bergen. Om folk derfra sa man gjerne at de luktet stril. Og det er akkurat det jeg gjør i dag – jeg lukter piss! Etter å ha prøvd å planlegge dette møtet i lengre tid, endte jeg opp med å drikke meg full. Jeg ordner opp her når jeg blir edru. Men du som har reist så langt må vel værsgod få komme inn, innleder han.

Livskvalitet er et viktig stikkord for Stokka sykehjems fagleder Son Thanh Tran. Han har videreutdanning tilsvarende geriatrikisk sykepleie og en mastergrad i helsevitenskap. Som masterstudent valgte han å fordype seg i miljøterapeutisk arbeid relatert til rusbrukere.

– Målet vårt er at pasientene skal få leve med sitt rusbruk, og ha en best mulig livskvalitet ut fra egen situasjon, sier han.

Å ta seg en morgendram er ikke uvanlig blant pasientene ved Stokkas langtidsavdeling, som for tida huser 17 personer i alderen 40–80 år. Avdelingen var i 2006 den første drevet etter nevnte prinsipper her i landet, og har siden





inspirert besøkende fra andre kommuner og Regjeringen. Son Thanh Tran og hans kolleger har også ønsket delegasjoner fra Polen og England velkommen, samt et TV-team fra Taiwan

– Det er viktig for oss å formidle at de som får plass her først har prøvd alle andre tilgjengelige tilbud – uten å lykkes, sier faglederen.

Pasientenes primærkontakter har viktige oppgaver i rusavdelingen. På andre sykehjemsavdelinger tildeles de oftest ved innleggelse.

– Vi venter med å finne en egnet primærkontakt til vi har lært pasienten å kjenne, forteller Son Tran; det er de to som skal jobbe tett sammen, og bestemme hvordan de skal ha det. Pleiere som ansettes på denne avdelingen må også akseptere noen ekstra kjøreregler. De må si seg villig til å tilpasse seg pasientens livsstil – ikke motsatt. Det er vanlig at helsepersonell betrakter sykehjemmet først og fremst som sin arbeidsplass. Her skal vi hele tiden tenke: Dette er pasientens hjem. For oss innebærer personsentrert omsorg å hjelpe pasientene med å løse deres behov ut fra deres egen mening. Her skal ingen, heller ikke leger eller pleiere, heve moralske pekefinger. Liker de ikke det må de finne seg en annen arbeidsplass.

– Det finnes ingen fasit på de daglige dilemmaene vi står overfor. Pasientene våre har ikke levd innenfor det vi oppfatter som «normalen». De har tvert imot falt ut av samfunnet, mange allerede tidlig i livet. Vi får høre grusomme historier om barnevern og misbruk. Pekefingerne har de blitt møtt med hele sitt liv. Her skal de få leve i fred.

– Personalet må av disse årsakene finne seg i å tåle andre lukter, ord og en annen atferd enn de er vant til. Ikke alle takler det. Vi har i løpet av disse årene møtt på helsepersonale som ikke vil besøke våre pasienter fordi det lukter så sterkt røyk hos dem. Det er uakseptabelt. Her er det ikke pasientene som skal tilpasses personalet, men omvendt, understreker faglederen.

Røyk lukter det også på rommet til Harald Skålevik, Odda-mannen som reiste til sjøs bare 15 år gammel. På sine reiser rundt om i verden observerte han så mangt, deriblant ara papegøyer i vill tilstand på Rio de la Plata. I dag er dette en av artene Harald gir et særlig stell i sykehjemmets store fugleinnhegning. Araer er takket være sin flotte fjædrakt svært etterspurt. Fuglene ved Stokka er oppdrettet i Norge, men enkelte viltfangede fugler omsettes for mer enn 100.000 kroner på det illegale markedet.

– Jeg synes det er fullstendig galskap å holde slike flotte fugler i bur, men når vi først har fått

dem må vi prøve å gi dem et best mulig liv, sier han.

Tidlig i livet følte sjømannen Harald seg selv fri som en fugl, med interesserte damer på rekke og rad.

Bildene på veggen viser at han også har vært ektemann og far.

– Jeg fikk fem sønner, hvorav den ene, Kjetil, omkom i en tragisk ulykke. Men han rakk å gi meg to fine barnebarn, sier han. Synlig stolt av farfar-koppen han fikk da de var på besøk.

Uten mat og drikke duger rusavdelingens helter heller ikke.

– Ernæring er viktig. Å få i seg en god lunsj er spesielt viktig når du drikker, men vi fant fort ut at rusavdelingens pasienter ikke hadde for vane å møte opp til sykehjemmets fire faste måltider. Det ble derfor etablert en spisehall, en slags buffet uten varm mat som er åpen og tilgjengelig hele døgnet, opplyser Son Thanh Tran.

Middag serveres klokka halv fem, på den tida det er mest normalt å innta hovedmåltidet i Stavanger. I helgene er pasientene med på å bestemme hva slags mat de vil ha til lørdagskos. Det serveres grøt til lunsj. Senere på dagen blir det gjerne en gryterett eller pizza, litt avhengig av hvem som er på jobb den dagen.

– Fuglene venter på meg, forteller Harald Skålevik. Han bor på Stokka sykehjem, der det er helt vanlig med vindunker i korridorene.

Putrende vindunker er ikke et dagligdags syn i norske sykehjemsavdelinger.

– Som rusmisbruker blir man lett stigmatisert. Vi er opptatt av å gi våre pasienter muligheten til å gjøre slikt som «alle andre» gjør.

Mange synes at det er litt kult å lære hvordan man lager vin. De nyter ventetida og går slett ikke berserk på dunkene som står framme på stua. Dette er et samspill mellom pasient og personal og resultatet nytes i fellesskap ved anledning. Vi forsøker på flere måter å redusere institusjonspreget ved langtidsavdelingen, men er samtidig bevisst i vår omtale av beboerne som pasienter. De bor her fordi de har behov for helsehjelp, understreker Son Tran.

– Pasientene bestemmer selv hva de skal fylle seg og dagene med. Vi har én enkel hovedregel: Du gjør som du vil så lenge du ikke er til helse-skade for deg eller naboen.

Mengden alkohol som handles og inntas av den enkelte er som ellers i samfunnet svært ulik.

– Noen pasienter styrer pengene sine selv, andre ønsker personalets hjelp til å regulere forbruket. Enkelte kjøper seg et par seks-pakninger øl i uka, andre drikker seks boksøl hver dag. Behovet varierer veldig. Det er en av primærkontaktens oppgaver å etablere enighet om et system som fungerer for hver og en. Vi vet at ruspasienter ofte blakker seg i løpet av de første dagene etter utbetalt trygd. Før kjørte vi dem ut to ganger i uka for å handle, nå gjør vi dette bare én gang. Pasientene må i større grad enn før vurdere hvor mye de trenger. Mange opplever nå større mestring gjennom å ta dette ansvaret selv, mener faglederen.

Harald Skålevik er en av dem som gir tydelig uttrykk for å ha fått et bedre liv etter å ha flytta til Stokka sykehjem:



– Da jeg kom hit drakk jeg ei flaske brennevin hver dag, og det var høyst motvillig at jeg gikk med på å prøve å bo her. Frokost hadde jeg ikke spist på 20 år. Fortsatt drikker jeg meg full, men nå bare én til to ganger i måneden. Røyker gjør jeg mindre enn før. Jeg stortrives rett og slett!

Aktivitet er en viktig del av langtidsavdelings behandlingsfilosofi.

– Vi jobber veldig bevisst ut fra pasientenes autonomi, og bruker flere ulike aktiviteter som innebærer kroppslig arbeid for å hjelpe dem. Hagen har hele tiden vært en viktig samarbeidsarena. De fem hønene vi begynte med har blitt til nær to hundre fjærkre av ulike slag, forteller Son Thran Tran.

I begynnelsen kunne han selv ingen ting om fuglehold.

– Jeg måtte lese meg opp og stilte masse spørsmål underveis. Skikkelig fart på sakene ble det først da vi koblet oss sammen med SFK (Stuefuglklubben i Rogaland). De stilte opp og bygde hele anlegget på dugnad, og er fortsatt til uvurderlig hjelp. Plutselig en dag hadde vi en haug fugler der ute. Vi har fått utrolig mye. Mye er donert hit, både fra folk som har fanget løse fugler på rømmen og andre givere.

Daglig oppfølging av den assorterte fugleflokken skjøttes av Rustidsavdelingens pasienter i samarbeid med folk som har fått jobb via Kirkens bymisjon i Stavanger. En gruppe har ansvaret for hønsefugl, en annen for fugler i bur. Alle har sine oppgaver, ut fra teorien om at ansvar bygger mestring. Mange er de som i årenes

løp har latt seg begeistre av sykehjemmets «flyvende» hage. Ikke bare pasientene som arbeider der, men også andre beboere, pårørende, barnehager og hele lokalsamfunnet.

– Folk legger turene sine hit; griller og koser seg. Beboerne får også flere besøk enn før. Anlegget har blitt en ressurs med veldige ringvirkninger, fastslår fagleder Tran.

Harald Skålevik var helt avhengig av rullestol da han kom til avdelingen, i dag kan han gå. Han er en av flere som betros nøkler til det verdifulle anlegget. Forpliktelsen som følger med er ansvarlighet.

– Når jeg drikker må jeg gi beskjed om at jeg «tar meg fri».

Ved finvær kan Harald være ute hele dagen. Han prater ofte og gjerne med fuglene:

– Jaco kan allerede hilse og si «God morgen» på klingende bergensdialekt. Nå vil jeg også lære han å si «Gå mainn! Heia Brann».

Før vi avslutter samtalen kommer Harald på nok en historie:

– En gang hadde vi en fin liten hanekylling, som jeg fikk lyst til å ta med inn på avdelingene for å vise den fram. Jeg kom ikke inn over alt, men på min vei møtte jeg blant annet en eldre dame som ville holde kyllingen selv. Da hun fikk den i hånda begynte tårene å renne. Hun hadde også vært jentunge en gang.



Harald Skålevik.

Stokka sykehjems
fagleder Son Thanh
Tran.





Maurtuva GårdsPensjonat er et helgetilbud for yngre personer med kognitiv svikt eller demens i en tidlig fase. På programmet står trim, psykologtimer, gruppesnakk, sosialt samvær. Og masse deilig mat.

Søker håp og samhold i en utfordrende situasjon

Bente Wallander (tekst/foto)

De fire pensjonærene som har gjort seg klar for dagens topptur til Inderøyas høyeste punkt, Storknukken, ser både spreke og opplagte ut. Egil, Tor Erik og Ole Jan småprater litt mens Ola Johnny koser med Stella, som også skal være med på dagens åtte kilometer lange etappe.

Sola steiker på himmelen selv om kalenderen viser september, og i bedene rundt om på tunet bugner det av fargerike blomster.

Sett fra utsiden er det umulig å oppdage hva som forener mennene utover en åpenbar turglede. Ei heller kan man se at de få minutter tidligere har luftet sine bekymringer for framtida.

– Å få en demensdiagnose i yngre år er en erfaring det er vanskelig å sette ord på i det daglige. På GårdsPensjonatet er noe av agendaen å sette ord på «elefanten i rommet», sier daglig leder Kjerstin Heggdal Grimstad og faglig ansvarlig Ida Stene Tangstad ved Maurtuva Vekstgård.

Ivrigt innovatører

Driverne i den gamle trønderlåna på Inderøya har de siste årene utviklet flere nytenkende omsorgs- og utviklingstilbud. To dager i uka er det TrivselsTreff for hjemmeboende personer med demens i Inderøy kommune. I samarbeid med kommunen tilbys PensjonistPensjonatet – et overnattingstilbud for samme målgruppe. Her skal også det interkommunale GårdsPensjonat-prosjektet gå av stabelen åtte helger i løpet av to år. Allerede har man hatt tre



Psykolog Trude Hoff

samlinger, de åtte deltakerne og deres nære skal sees igjen i desember.

– Ett av målene med tiltaket er å utvikle et attraktivt, fleksibelt og individorientert overnattingstilbud for yngre personer med diagnosen kognitiv svikt eller demens i en tidlig fase, forteller Ida Stene Tangstad.

– Vi vil samtidig jobbe for å inkludere og mobilisere deres nærnettverk, slik at relasjoner styrkes framfor å svekkes, sier Kjerstin Heggdal Grimstad.

Rom for samtale

Pensjonærenes septembersamling startet kvelden før med deilig hjemmelaget fredagstaco. Etter noen timers småsnakk var det tid for søvn i de trivelige rommene i annen etasje. Noen er her alene, andre har tatt med seg partneren.

Deretter er det tid for dagens undervisningsøkt med psykolog Trude Hoff.

– Vi erfarer at pårørende må tas med som en likeverdig mottaker av denne typen tilbud, vel og merke i de familier der det er ønskelig. Noen pårørende kan trenge å bruke helgen til nødvendig egentid, andre deltakere er alene. Vi tar høyde for alle muligheter og tilpasser oss brukerne, sier Ida og Kjerstin.

Håpet i fokus

Å få beskjed om at man har en kognitiv svikt kan være et varsel om at livet slik du kjenner det vil endre seg med en mye kortere tids-horisont enn tidligere forventet.

◀ GårdsPensjonatets deltakere klare for tur: Tor Erik (t.v.), Ola Johnny, Egil og Ole Jan (øverst).

Det er en sammensveiset gjeng som nyter bordets gleder på Maurtuva Vekstgård (t.v.)

Daglig leder Kjerstin Heggdal Grimstad (t.v.) og fagansvarlig Ida Stene Tangstad. (t.v. nede)

Pårørende Inga Berit og Ida Stene Tangstad i husets annen etasje, der pensjonærene bor under oppholdet (t.h. nede).



▲
Ola Johnny og Olav koser seg på fjøstrammen.

– En demensdiagnose endrer tidsaspektet og rokker ved alt. Det er naturlig å bli redd, lei seg, engstelig og deprimert. Samtidig prøver man å være sterk for sine. Alle prøver å stå i det, selv om engstelsen for framtida er den samme, sier Trude Hoff.

Hun har erfart at mange i en slik situasjon trenger litt sorteringshjelp.

– Mitt mål er å bidra til at de klarer å benytte den tida de har best mulig. Det er for meg et paradoks at samfunnet villig nok benytter psykolog for å utrede pasientene og sette en demensdiagnose. Men hvor blir tilbudene om psykologhjelp av i fortsettelsen? Bildet som tegner seg for denne pasientgruppen blir lett med negativt fortegn. Vi ønsker å fokusere på håpet og mulighetene som tross alt finnes.

Utvikling og kompetanse

Gjennom konseptet GårdsPensjonat tilbys derfor pensjonærer med kognitiv svikt kompetanseheving og veiledning. Trude Hoff underviser gjengen to ganger hver helg og leder dem i gruppesamtaler etterpå.

– Vi må kunne snakke om håp. Sykdommen går én vei, den kan ikke stoppes. Vårt prosjekt er å hente fram håpet for den tida man har igjen. De fleste setter pris på å få snakke om dette. Felles for våre deltakere er en veldig omtanke for familien, ektefeller og barn.

– Men vi er så ulike når det gjelder å snakke om følelser med andre. Ikke alle våger å diskutere dette med sine nærmeste, men jeg har trening i å lede slike samtaler. Her kan vi snakke om alt, også slikt som vi vanligvis skyver under teppet. Flere sier at de føler seg bedre etterpå, at de kjenner seg mindre stresset. Vi lever i et samfunn der vi ikke bruker vår emosjonelle kapasitet

fullt ut, så «topper» av følelser er en helt normal reaksjon. Men når du viser at du er lei deg får du trøst. Hvis du av samme årsak viser sinne eller uro blir du avvist.

Vanskelige tema

Trude Hoff har ofte undret seg over samfunnets forventninger til personer som diagnostiseres med en demenssykdom.

– Kan vi bruke normalitetsbegrepet på noe som er veldig vanskelig? Reagere normalt på en ekstrem situasjon, hva er det? Vi burde begynne med å bruke ord som redd i stedet for angst og lei seg i stedet for depresjon. Det ville åpne opp for mere omsorg.

Flere av deltakerne i grupperommet nikker gjenkjennende.

– For oss, som har en demenssykdom, er det en del ting vi kan snakke om på en annen måte her inne enn vi ellers ville ha gjort, sier én.

Utfordrende oppgave

Trude innrømmer at det å planlegge og holde slike foredrag også kan være utfordrende.

– Jeg må tåle at alle ikke henger med hele tiden, og repetere litt hver gang. Folk er på så ulike steder, med ulike grunnlag for sin kognitive svikt.

– Men det fungerer godt. Vi ville ikke fått til samtalene på samme måte uten din innledning, innvender en av deltakerne, som når han framhever pensjonatens veksling mellom trivsel, tur og fag som positivt, mottar solid støtte fra de andre i rommet.

– At vi også kan benytte oss av naturen her på Inderøya er veldig bra. Her kan vi gå ut og inn av det alvorlige.

PROSJEKT GÅRDSPENJONAT

Potensielle pensjonærer er personer som har fått diagnosen kognitiv svikt eller demens før fylte 65, kan tenke seg å bo på Maurtuva Vekstgård fra fredag til søndag kveld en helg i kvartalet åtte ganger. Lege Marte Kvello-Alme ved Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Levanger, tildeler plasser i samråd med deltakerkommunenes hukommelsesteam. Med i prosjektet kan den bli som

- // er hjemmeboende og diagnostisert med demenssykdom i tidlig fase eller tilstand som medfører varig kognitiv svekkelse
- // har nytte og glede av sosial stimulering og aktivitet
- // har et godt funksjonsnivå
- // ikke har allergi mot hund, katt eller andre husdyr

Prosjektet finansieres av Nasjonalforeningen for folkehelsen, Inderøy kommune, Inderøy Sanitet og Maurtuva Vekstgård. Deltakere til pensjonatet rekrutteres fra kommunene Inderøy, Verdal, Steinkjer, Levanger, Stjørdal og Snåsa.

Initiativtakerne samarbeider med seksjon for alderspsykiatri ved Sykehuset Levanger, og mottok i fjor støtte fra Regionalt forskningsfond til følgeforskning på prosjektet.

Forskningen drives av Bente Nordtug, Nord Universitet, Morten Stene og Håkon Sivertsen, begge Trøndelag Forskning og Utvikling.

Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Din helse – vår hjertesak!

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

Plikt om eller rett til dagtilbud?

Det er få saker Nasjonalforeningen for folkehelsen har mast mer om de siste ti årene enn behovet for gode dagtilbud for personer med demens. Vi noterte derfor en god delseier da Stortinget i 2015 vedtok å foreslå en lovfesting av dagtilbud innen 2020. Når jeg sier delseier, var det fordi våre medlemmer hele tiden har ment at en lovfesting burde innebære en rett til dagtilbud for den enkelte. Det var det ikke noen glassklar støtte til i Stortinget den gangen, men kanskje kan de se annerledes på det når lovforslaget kommer til behandling?

Helse- og omsorgsdepartementet har nå sendt et forslag på høring. Det innebærer kort sagt at kommunene får en plikt til å ha tilbud om dagaktiviteter for personer med demens. I høringsforslaget står det veldig klart at dette i seg selv ikke vil «innebære at alle heimebuande personar med demens automatisk skal ha rett til å bli tildelt slike tenester».

Det er synd. Det er klart at kommunene må ha mulighet til utøve skjønn når det gjelder konkrete tilbud som skal gis. Når vi vet at aktivitet og fellesskap trolig er den beste tilgjengelige «medisinen» for mennesker med demens som finnes i dag, er det ikke urimelig om alle med demens hadde en rett til dagaktivitetstilbud. Demens er en alvorlig, invalidiserende og dødelig sykdom, uten muligheter for kurerende behandling. I dag opplever mange å stå helt uten tilbud om oppfølging etter demensdiagnose. Alle burde få tilbud om aktiviteter som kan bidra til å styrke deres helse og livskvalitet, og som kan gi pårørende muligheter for avlastning.

Departementet skriver klokt om at mennesker med demens er ulike. Ikke alle har høy alder, mange er ellers fysisk friske, noen er fortsatt i arbeid, og mange har yrkesaktive

ektefeller. Men hvordan kan vi være trygge på at en kommunal plikt til å ha dagtilbud vil treffe den enkeltes behov på en god måte?

En litt mer omfattende lovbestemmelse om dagtilbud kunne gitt mer innhold til Leve hele livet-reformen. Demens blir for mange et hinder for et selvstendig og aktivt liv. Livet blir preget av isolasjon, ensomhet og passivitet. Det kan skyldes utrygghet, problemer med å ta seg fram, at venner og familie trekker seg tilbake, mangel på tilrettelagte aktivitetstilbud og mangel på tilbud om støtte og assistanse. Resultatet kan bli grå dager, redusert livslyst og matlyst, og onde sirkler hvor det blir stadig tyngre å komme seg ut. Gode dagaktivitetstilbud kan med andre ord treffe midt i blinken for intensjonene med Leve hele livet. Derfor burde regjeringen legge fram sterkere virkemidler for å få kommunene med på å gi bedre tilbud.

En annen side av lovforslaget som fortjener debatt, er at den kommunale plikten til å ha dagaktivitetstilbud bare skal gjelde dem som har fått en diagnose. Det kan synes rimelig, men vi vet at mange ikke får stilt diagnose før sykdommen har kommet for langt til at en kan nyttiggjøre seg ulike tilbud. Her blir det viktig at kommunene både gir tilbud ut fra behov, og ikke nødvendigvis stiller krav om diagnose, og samtidig er pådrivere for at flere får riktig diagnose til rett tid.

Regjeringen varsler at støtteordningen til etablering av dagaktivitetsplasser vil falle bort og pengene bli innlemmet i kommunenes rammetilskudd fra 2020. Da gjelder det at den nye lovbestemmelsen er klar nok til å veie opp for den motivasjonsfaktoren som støtteordningen utgjør i dag. Det er synd hvis staten gir fra seg virkemidler før vi er sikre på at kommunene følger opp.



SKREVET AV

Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Hvorfor gjøre en innsats for å gjøre samfunnet aldersvennlig?

En av ambisjonene til verdens helseorganisasjon (WHO) er å gjøre verden til et aldersvennlig sted. Utgangspunktet er filosofien om aktiv aldring som mål for siste fase av livet: «Å gjøre det mulig for folk å realisere sitt potensial for fysisk, sosialt og mentalt velvære gjennom hele livet og delta i samfunnet, og samtidig gi dem tilstrekkelig beskyttelse, sikkerhet og omsorg når de trenger det.»¹

Regjeringens strategi *Flere år – flere muligheter* (2016) er Norges svar på denne ambisjonen. Her ønsker regjeringen et fokus på aldersvennlige lokalsamfunn, mer bruk av frivillig sektor, næringsliv, nyskaping, aldersvennlighet i helse- og omsorgssektoren, og generelt mer forskning på aldring. I strategien argumenteres det for at folk vil være pensjonister lengre, og det er en nødvendighet at samfunnet nyttiggjør seg disse ekstra leveårene.

Oslo og Trondheim er foregangskommuner for et aldersvennlig Norge. Da piloten med «aldersvennlige byer» ble satt i gang i Oslo i 2015, kalte man bydel Nordre Aker for en «alders- og demensvennlig bydel.» Noen har hevdet at «et demensvennlig samfunn er aldersvennlig, men at et aldersvennlig samfunn ikke nødvendigvis er demensvennlig².» Likevel går Oslo bort fra

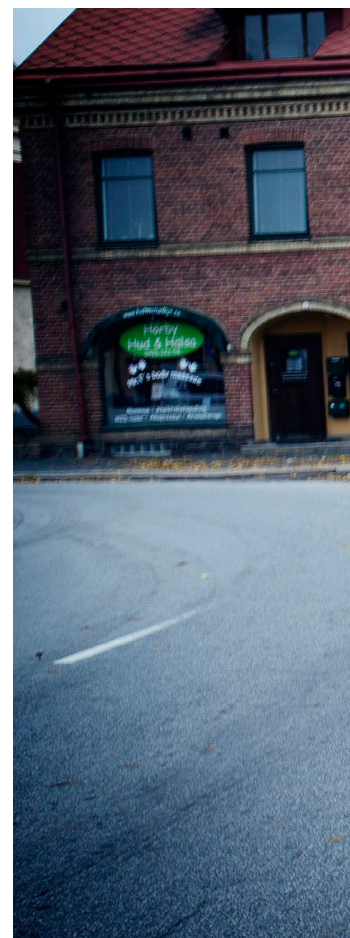
SKREVET AV
Annelise Dyrli,
fagkonsulent
Funksjonshemming og
aldring, Nasjonal
kompetansetjeneste for
aldring og helse

begrepet demensvennlig, og skal nå implementere prosjektet *Aldersvennlig by* i alle bydelene. WHO mente demensvennlig var for diskriminerende overfor andre aldersrelaterte sykdommer, og påpeker at aldersvennlig både rommer og inkluderer alle diagnoser. Kan man ikke argumentere for at aldersvennlig også er demensvennlig? Hvorfor er aldersvennlig et viktig prinsipp for hele samfunnet?

Må endre holdninger

Framtidens eldre skal kunne bruke mulighetene de har for å delta og bidra. Fysiske hindringer skal, i mindre grad, begrense livsutfoldelsen. Vi må jobbe for å endre holdninger som hindrer deltakelse, skriver statsminister Erna Solberg (Flere år, flere muligheter, 2016, s. 6).

Vi har allerede etablert lover og reguleringer som skal sørge for universell utforming i Norge, slik at så mange som mulig kan delta aktivt i samfunnet uavhengig av funksjonsnivå. Kanskje er aldersvennligheten en forlengelse av dette. Likevel rommer begrepet mer enn å gjøre bygninger tilgjengelig for alle.



- 1) Fritt oversatt, s 12, World Health Organization. 2002. Active ageing: A policy framework.
- 2) Turner, N., & Morken, L. (2016). Better together: A comparative analysis of age-friendly and dementia friendly communities.



«Gjør vi samfunnet aldersvennlig nå, vil vi kunne legge til rette for et generelt mer vennlig samfunn for alle», skriver Annelise Dyrli.

Ill.foto: Martin Lundsvoll

Med Oslo som eksempel, var det særlig ni punkter som ble viktige for å gjøre byen til et aldersvennlig sted:

1. *skape en kur mot ensomhet*
2. *utnytte bydelens ressurser bedre*
3. *kommunisere mer og bedre med innbyggerne*
4. *aktivere ressurser hos den enkelte, pårørende og nære nettverk*
5. *skape synergier på tvers av generasjoner*
6. *skape synergier på tvers av sektorer og felt*
7. *komme i dialog med og omfavne frivilligheten*
8. *etablere tverrsektorielt samarbeid, kunnskap og engasjement rundt folkehelse*
9. *tenke tilbud og brukerbehov fremfor sted og tradisjon*

Et samarbeid mellom etater som til vanlig ikke jobber sammen er av avgjørende betydning om man vil få dette til.

Det finnes flere argumenter for at en aldersvennlig by er vennlig for alle. Først og fremst handler det om møteplasser, å skape steder hvor unge, voksne og eldre kan være sammen. Utenforskap er ikke bra for helsa. Det at alle kommer seg dit de vil og skal, handler både om verdighet, muligheten til å være i fysisk aktivitet og kunne utfolde seg. Fordommer brytes ned når det er rom for alle. Glade og aktive eldre bidrar mer til samfunnet – faktisk har *NyAnalyse* (undersøkelse utført for Statens Seniorråd, 2017) estimert det samlede verdibidraget fra frivillige pensjonister til litt over 25 milliarder

kroner. Hvis det ikke er tilrettelagt for eldre mennesker som ønsker å bidra, går vi som samfunn glipp av verdifulle ressurser og besparelser samtidig. Å ekskludere mange kun på grunn av alder, virker ikke som en særlig god idé.

At det blir større skrift på skiltene og bedre lys på bibliotekene kan sies å være en fordel for langt flere enn de eldre aldersgruppene. Og synes ikke du det er hyggelig at ansatte på apoteket har gått på kurs for å kunne hjelpe eldre kunder på best mulig måte? At fortau blir bredere og underlaget jevnere er allerede på agendaen hos flere organisasjoner som jobber for personer med funksjonsnedsettelse. Gjør vi samfunnet aldersvennlig nå, vil vi kunne legge til rette for et generelt mer vennlig samfunn for alle i framtiden. Her er det mer å tape enn å vinne.



Introduserer effektiv hjernetrim

Charlotte Nagell (tekst/foto)

Engelske forskere har vist at hukommelsesstimulerende gruppeterapi øker livskvaliteten hos personer med demenssykdommer. Nå har Ingun Dina Ulstein og Kari Sofie Kvaal oversatt manualen til norsk.

Ulstein ble presentert for såkalt cognitive stimulation therapy, hukommelsesstimulerende terapi (HST), under et internasjonalt symposium der en av de fire engelske forskerne bak terapien, Martin Orrell, la fram gruppas erfaringer.

Engelskmennene hadde lenge registrert et tverrfaglig ønske om å bedre livskvaliteten til personer med demens, men opplevde usikkerhet blant helsepersonell omkring hva som var hensiktsmessige tiltak.

Forskerne foretok derfor et grundig søk i publiserte studier på psykososiale tiltak rettet mot personer med demens. Litteraturgjennomgangen dannet grunnlaget for HST, som tar hensyn til nevrologiske faktorer, mental stimulering, sosialpsykologi, personlighet, sensorisk stimulering og dialektisk modell.

De utførte så et forskningsprosjekt som inkluderte 200 personer med demens. Halvparten mottok «vanlig» omsorg, resten deltok i et gruppeprogram, der to faste ledere møtte en gruppe med maksimalt seks personer, to ganger ukentlig i sju uker.

Resultatene av studien viste at deltakerne hadde økt livskvalitet sammenliknet med personene i kontrollgruppa. De viste også bedret hukommelse. Forskerne konkluderte med at programmet var like effektivt som dagens tilgjengelige medisiner som er utviklet for personer med demens.

Disse resultatene syntes Ulstein virket spennende.

– I Norge har vi hatt vansker med å dokumentere effekt av intervensjoner, selv om pasienter og pårørende gir uttrykk for å være fornøyde. Derfor spurte jeg om å oversette manualen til norsk. Jeg fikk med meg Kari, og vi fikk rettighetene til å oversette behandlingsmanualen «Making a difference» til norsk, forteller Ulstein.

Våkner til liv

Duoen bestemte seg for å gjennomføre et pilotprosjekt og spurte hedmarkskommunene Os og Tolga om de kunne tenke seg å teste første utkast av manualen, for deretter å dele sine erfaringer.

– Der oppe er de ikke redde for å prøve ut nye ting. Så vi fikk ja på alle nivåer, sier Kvaal.

Hun fulgte opp pilotprosjektet og var til stede under noen av gruppesamlingene. Det hun ble vitne til, gjorde inntrykk.

– Før timene måtte brukerne ha hjelp til å kle av seg og var generelt hjelpeløse. Etter timen konverserte de ved matbordet og kledde på seg selv. Det var som om terapien hadde vekket til live tidligere ferdigheter!

Strukturert opplegg

Denne våren lanserte Universitetsforlaget boka Hukommelsesstimulerende terapi. Oversetterne har tilpasset manualen til norsk kultur og språk. De har også valgt å legge til tre kapitler; om demens og mestring, utviklingen av HST og involvering av pårørende.

Manualen beskriver et program med gruppeaktiviteter tilpasset personer med hukommelsessvikt og demenssykdommer. Boka innledes med en oversikt over de grunnleggende prinsippene for personsentrert omsorg. Det vil si at det er personen, og ikke diagnosen, som skal være i fokus.

Oversetterne gir tips til å håndtere mulige utfordringer som kan oppstå underveis, for eksempel om deltakere blir opprørte eller ikke viser interesse for oppgavene. Boka inneholder også en liste over materialer som skal brukes, med alt fra flippover, kart, musikk og fotografier av kjente personer til kortstokk.

Timene varer 45 minutter og følger et fast mønster: De starter med en introduksjon (10 minutter), deretter følger en hovedaktivitet (25 minutter), før timene rundes av med en avslutning (10 minutter).

Introduksjonen består av at hver deltaker ønskes velkommen med navn. Deretter minner gruppeleder om aktivitetene fra forrige time og gjør oppmerksom på gruppas navn. Deltakerne kaster ball til hverandre, kombinert med oppgaver som å si navnet på farger, favorittmat og lignende. De synger så en gruppesang, som skal bidra til å føle et eieforhold til gruppa, før de går gjennom dagens dato, årstid og aktuelle hendelser.

Manualen gir oppskrift på én hovedaktivitet, med alternativer i forhold til evner og behov, for hver av de 14 gangene. Deltakerne blir blant annet bedt om å matche lyder med bilder, planlegge en middag for fire, sette inn manglende ord i setninger og lage en eplekake. Totalt skal timene bidra til å stimulere ulike deler av hjernen.

Under avslutningen oppsummeres dagens diskusjon. Deretter takkes alle for deltakelse, gruppesangen synges på ny og program, tid og sted for neste møte oppgis.

Forståelig for alle

Ulstein og Kvaal mener opplegget passer best for personer med moderat grad av demens. Deltakerne bør ha en viss evne til å kommunisere og ikke ha somatiske helseproblemer som overskygger muligheten til å delta i gruppa.

Oversetterne har reflektert over hvorvidt noen av aktivitetene kan oppfattes som barnslige

« ... deltakerne hadde økt livskvalitet sammenliknet med personene i kontrollgruppa. De viste også bedret hukommelse.»

av deltakerne. Derfor liker de begrepet hjerne-trim.

– Folk aksepterer lettere en treningsform, sier Kvaal og legger til at humor også er et godt virkemiddel.

– Medlemmenes hjerner skal stimuleres, men det bør lattermusklene også!

De norske oversetterne ser det som en fordel at i hvert fall en av gruppelederne har kunnskap om demens og erfaring fra å lede grupper. De mener også begge lederne bør ha grunnleggende kunnskap om HST, slik at timene skal kunne gjennomføres på best mulig måte. For å kunne journalføre deltakelse, er det avgjørende at helsepersonell med adgang til elektroniske journalsystemer er til stede.

En viktig del av arbeidet består i å beskrive respons og deltakelse i etterkant av hver time, for å eventuelt kunne foreta justeringer og registrere progresjon. Gruppelederne bør ha innsikt i lokal historie og kultur og sette seg inn i den enkelte deltakers bakgrunn.

– Vi har lagt ned mye arbeid med å kle boka i en god, norsk språkdrakt. Den er ikke skrevet på et faglig "stammespråk", men oversatt med tanke på at den skal være forståelig for alle, både pårørende, frivillige og politikere. Det tror jeg vi har greid, sier Ulstein.

Videre utvikling

Fagfolk vil kunne kjenne igjen både grunnleggende prinsipper og aktiviteter fra sitt arbeid med personer med demens. Ulstein mener at HST skiller seg ut ved å tilby en manual som skal følges fra a til å, i løpet av sju uker.

– Hvert møte har klar en agenda. Det skapes kontinuitet ved å alltid repetere hva som skjedde

forrige møte under introduksjonen. Det kan være at det er slike enkle elementer, som man i mange andre grupper ikke vektlegger, som fører til at man har funnet effekt. Samtidig som man også utfordrer deltakerne underveis.

I høst har Ulstein og Kvaal satt i gang et nytt pilotprosjekt i kommunene Bærum og Os i samarbeid med Aldring og helse. Det er forankret på ledernivå og tilknyttet dagsenter og botiltak. Prosjektet ble innledet med et seminar der hensikten blant annet var å utvikle et utdanningsopplegg for HST-terapeuter. Tilbakemeldinger fra deltakerne vil være med på å justere utdanningstilbudet.

HST er i dag innført i mange land som en anerkjent behandlingsmetode. Forskningsresultater har vist at i tillegg til økt livskvalitet og bedret hukommelse, kunne gruppedeltakerne klare seg lenger hjemme enn de som ikke hadde mottatt HST. I følge boka har det vist seg at HST er kostnadsbesparende sammenliknet med vanlig omsorg.

Oversetterne har drømmer for videre utvikling av tilbudet, men foreløpig er det viktigste å få kommuner interessert i å kjøpe kurspakka.

– Så får tiden vise hvor avansert dette skal bli og om det blir forskning ut av det. Ofte opplever kommuner at forskere utfører prosjekter som ledd i egen akademisk karriere. Dette er et prosjekt kommunene eier. Når vi trekker oss ut, kan de fortsette.

I Stortingsmeldingen *Leve hele livet* som kom i vår, heter det at eldre bør ha tilbud om en times aktivitet hver dag.

– Så vi er absolutt i tiden, konkluderer Kvaal.

«Oversetterne har drømmer for videre utvikling av tilbudet.»

HUKOMMELSESSTIMULERENDE TERAPI

Boka *Hukommelsesstimulerende terapi* er en oversettelse av *Making a difference. An evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia. The manual for group leaders*. Den er skrevet av psykologene Aimee Spector, Lene Thorgrimsen og Bob Woods pluss psykiater Martin Orrell. Ingun Dina Ulstein og Kari Sofie Kvaal har oversatt boka til norsk og tilpasset den norske kultur. De har lagt til tre kapitler om utfordringer knyttet til demens og hvordan mestre disse, utviklingen av hukommelsesstimulerende terapi og involvering av pårørende.

Kari Sofie Kvaal er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og familierapeut. Hun har doktorgrad om angst hos eldre personer med sammensatte somatiske sykdommer. Hun er ansatt som professor innenfor psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet, campus Elverum.

Ingun Dina Ulstein er psykiater med alderspsykiatrisk fordypning. Hun har doktorgrad med fokus på pårørende til personer med demens, og hun har vært tilknyttet Aldring og helse i flere år. Ulstein arbeider ved Hukommelsesklinikken, Ullevål sykehus, Oslo universitetssykehus.



Møter brukerne der de er

Charlotte Nagell (tekst/foto)

Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling er først ut i Norge med å tilby FACT til personer over 65 år.

Janette Reiersen (t.v),
Halvor Kjellesvig,
Berit Christiansen,
Nanna Høeg,
Margrethe Stensson
og Cecilie Hartberg.

FACT, *Flexible Assertive Community Treatment*, kan oversettes til fleksibel, aktiv og oppsøkende behandling. Behandlingsmodellen er allerede mye brukt innenfor voksenpsykiatrien, men i oktober startet Diakonhjemmet Sykehus, i samarbeid med bydelene Grünerløkka og Frogner, landets første pilotprosjekt for personer over 65 år.

– FACT skal gi et oppsøkende og helhetlig tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. Vi inkluderer ikke personer etter diagnose, men ut fra funksjonsnivå, sier prosjektleder Cecilie Hartberg.

Prosjektet har fått en million kroner i støtte fra Samhandlingsutvalget. Det er etablert et



tverrfaglig team, som foreløpig består av psykiater, fysioterapeut og sykepleiere, både fra bydelene og sykehuset, med videreutdanning i psykisk helse.

– Med økende alder blir sykdomsbildet til våre pasienter ofte komplisert av somatisk sykdom og i noen tilfeller kognitiv svikt, sier psykiater Margrethe Stensson.

– Da er det ekstra viktig med tett samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at pasientene ikke opplever at gapet mellom sykehus og hjem blir for stort. FACT-teamet har ansatte fra begge tjenester. Det gir oss gode rammer for samhandling og sørger for sømløse overganger.

Helhetlig tilnærming

Pasientgruppen er mangfoldig, fra hjemmeboende eldre med tilsynelatende «normale» liv, til dem som mottar heldøgnsomsorg fra bydelene. Pilotprosjektet skal på sikt romme omkring 100 pasienter. Hartberg forteller at de også vil sonde muligheten for samarbeid med sykehjemsetaten, i forhold til beboere som kan klare seg i alternative boformer med innsats fra teamet.

FACT skal sørge for en helhetlig oppfølging i forhold til helse, økonomi og sosial aktivitet. Medarbeiderne er fleksible, både med tanke på type tjenester og hvor disse skal utføres. Hver bruker har en kontaktperson.

– Vi oppsøker pasientene der det passer best for dem. Pasientene definerer selv sine behov og hva et godt liv innebærer. Det kan dreie seg om å gå tur, få følge til fastlegen eller hjelp med å rydde hjemme, sier teamleder Janette Reiersen.

«Bekymringen roet seg, og vi forhindret trolig en ny innleggelse.»

– Vi vet at pasientene kan ha nytte av sosial atferdsterapi. Sykehuset har tilbud om gruppeterapi hvor deltakerne trener på å forholde seg til andre mennesker og samfunnet. Den kompetansen håper vi å overføre til bydelene.

Ser resultater

Teamet møtes tre ganger i uka, en gang på alderspsykiatrisk avdeling og en gang i hver av bydelene. Ved funksjonsfall hos en bruker tar kontaktpersonen opp situasjonen i plenum, og andre teammedlemmer hentes inn ut fra hensiktsmessig fagkompetanse.

– Det gjør systemet robust, sier Halvor Kjellesvig, spesialsykepleier Bydel Grünerløkka, og viser til en nylig intervensjon:

– Vi mottok bekymringsmeldinger fra legevakta angående en bruker. Teamet diskuterte saken. Jeg fikk oversikt over hvilke tjenester vedkommende hadde i bydelen mens psykiateren vurderte medisiner. Hun kjente pasienten fra før, og det førte til at vedkommende også fikk økt tillit til bydelen. Dermed ble det enklere for meg å følge tett opp i bolig. Bekymringen roet seg, og vi forhindret trolig en ny innleggelse.

Bydelene har som regel tilbud til friske eldre og personer med demens. Stensson sier at eldre med psykiatrisk sykdom fort havner mellom to stoler.

– Når pasientene er innlagt får de full behandlingspakke med samtaler, medisiner og miljøterapi. I bydelen kvier enkelte seg for å be om tjenester. Andre setter seg kanskje imot. Kontinuiteten som skapes gjennom FACT-teamet, fører til at vi kommer i posisjon slik at vi også kan bistå ute.

FAKTA OM FACT

FACT er en tilpasning av ACT-modellen. Førstnevnte er utviklet gjennom praktisk erfaring med sistnevnte og har foreløpig vært lite fulgt av forskning. En rapport fra utprøving av ACT i Norge, viser imidlertid sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn og færre alvorlige psykiatriske og depressive symptomer. Brukerne sier de har bedre helse, og pårørende er fornøyde (Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?).



Aimee Spektor, Lene Thorgrimsen, Bob Woods, Martin Orrel

Hukommelsesstimulerende terapi

75 sider

Oversatt og tilrettelagt av Kari Sofie Kvaal og Ingun Dina Ulstein

Oslo: Universitetsforlaget, 2018

Oppskrift for nybegynnere og gammelt nytt for erfarne

Anmeldt av Kjersti Vik, ergoterapeut/professor.
Fakultet for Medisin og helsevitenskap. NTNU

En lettskreven bok for ansatte i pleie- og omsorgsektoren med forslag til flere ukers opplegg for gruppesamlinger for personer med demenssykdom.

Målgrupper for boka er sykepleiere og omsorgsarbeidere som arbeider med personer med demenssykdom og er vel først og fremst tenkt innen rammen av institusjon eller dagtilbud. Boka er en manual som beskriver et program som går to ganger i uken over sju uker, med forslag til opplegg for hver samling. Manualen har en kort teoretisk innledning som begrunner opplegget. De norske forfatterne har tilpasset innholdet norsk kultur og språk, og lagt til noen kapitler blant annet om erfaringer med metoden og arbeid med pårørende. Hensikten med manualen er å bidra til at pleiepersonalet får helt konkrete forslag til hvordan en skal drive gruppene. Det er greie instruksjoner for hvert gruppe-møte som er lette å følge, og en del gode eksempler og råd. Opplegget har fokus på personalet og personalets rolle, noe som kan være nyttig for uerfarne.

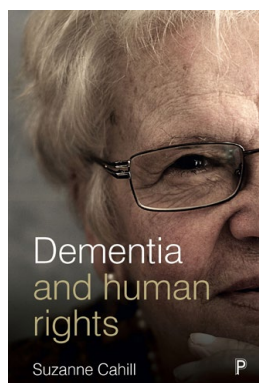
Hukommelsesstimulerende terapi blir beskrevet som forskningsbasert, og den gir inntrykk av å presentere noe nytt i demensomsorgen. For en leser som arbeidet med grupper for personer med demens og fokus på realitetsorientering og reminisens i 1980-årene, er det på en måte

litt trist at denne manualen behøves. I lys av både forskning og faglitteratur som er publisert siden den tid, representerer denne manualen ikke noe nytt.

På den andre siden er det kanskje slik at nye generasjoner helsepersonell må gjøre sine erfaringer, og for å få gjennomslag i fagmiljøet må ideer presenteres som «nye». Mot denne bakgrunnen er dette en greit og lettfattelig bok som gir litt kunnskap og noen praktiske oppgaver til dem som skal gjennomføre gruppeaktiviteter for personer med demens.

Men jeg savner at det legges mer vekt på hvordan de ansatte skal bli kjent med personene, deres bakgrunn, interesser og aktiviteter de har vært opptatt av før de starter med gruppene, slik at opplegget bedre kan tilpasses deltakernes behov. Diagnose og funksjon skisseres som utgangspunkt for å danne grupper. Slik opplegget beskrives står man i fare for å følge en modell som ikke nødvendigvis er tilpasset interessene til dem som deltar. For eksempel synge «gruppesang» eller kaste myk ball til hverandre, noe som skal inngå i hvert møte. (Jeg håper å slippe det om jeg må bli med i slike grupper en gang). Når gruppedeltakerne i tillegg kan skåres i forhold til interesse, kommunikasjon, glede og humor, er det ikke gitt at de blir så begeistret for disse aktivitetene.

Men alt i alt er dette en grei og praktisk bok som kan være nyttig for ansatte og nyutdannede som ikke har erfaringer med arbeide med grupper for personer med demens. Det er å håpe at når ansatte får mer erfaring klarer de å være fokusert på deltakernes interesser og ideer, kunnskaper og ferdigheter, og tilpasser aktivitetene til gruppen og utvikler opplegget i tråd med det.



Suzanne Cahill
Dementia and human rights
 238 sider
 Policy Press, 2018
 University of Bristol

– En bok for alle som er opptatt av god demensomsorg

Anmeldt av professor dr.med. Knut Engedal, seniorforsker
 Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Suzanne Cahill, en forkjemper for rettighetene til personer med demens i Irland, har skrevet en tankevekkende bok om menneskerettigheter for personer med demens.

Dette er et viktig og «hot» tema i dag og boka er ment å være et debattinnlegg som skal bidra til at politikere, ledere i helsevesenet på alle nivå, fagfolk og folk flest skal få øynene opp for at personer med demens har de samme rettigheter som alle andre i samfunnet.

For å kunne ta del i denne debatten må en rive seg løs fra den biomedisinske forestillingen om demens som en ren nevrologisk sykdom som gjør personen ute av stand til å ha egne meninger. Det trengs nye øyne for å se at personer med demens kan bestemme eller ta del i avgjørelser om eget liv. Tom Kitwoods filosofiske rammeverk og rammeverket om personsentrert omsorg for personer med demens står sentralt i denne nye måten å tenke på, ifølge Suzanne Cahill. Men boka handler ikke bare om personsentrert omsorg som utgangspunkt for menneskerettigheter. Cahill bygger sin argumentasjon på FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter som ble vedtatt i 2006. Spesielt omtales artikkel 12 i mange sammenhenger. Denne artikkelen omhandler nasjonalstatens (det vil si offentlighetens) forpliktelser til å tilrettelegge for at personer med en funksjonshemning skal kunne

«... alle personer med demens har en verdi i seg selv og skal respekteres, uavhengig av kognitive evner og funksjonsnivå.»

leve i samfunnet, og ha de samme juridiske rettigheter som alle andre. Med andre ord: om en erkjenner demens som en funksjonshemning skal myndighetene tilrettelegge for et demensvennlig samfunn og gi personer med demens de samme juridiske rettigheter til å bestemme, eller ta del i bestemmelser over eget liv, uavhengig av hvor de oppholder seg (hjemme eller i institusjon), slik det er for alle funksjonsfriske i samfunnet.

Boka er bygget opp i to deler, hvorav den første er inndelt i tre kapitler. Kapittel 1 beskriver hensikten med boka. Det gis en utførlig forklaring på begrepet menneskerettigheter, og hvordan dette begrepet har endret seg fra å være en definisjon av hvordan staten eller myndighetene skal forholde seg til enkeltmennesker, til en mer utvidet definisjon av hvordan mennesker skal forholde seg til hverandre. I denne delen tar Cahill inn eksempler fra Kitwoods tanker om *personhood*, det vil si at alle personer med demens har en verdi i seg selv og skal respekteres, uavhengig av kognitive evner og funksjonsnivå. I kapittel 2 argumenterer forfatteren heftig for hvorfor demens må anses som en funksjonshemning, for så i kapittel tre å

presentere FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. Ikke alle, men 23 artikler i konvensjonen er presentert i dette kapitlet.

Bokas andre del inneholder fem kapitler: om hvordan det bør tilrettelegges for at personer med demens som bor i eget hjem skal ha god livskvalitet, om hvordan en skal sikre god livskvalitet for personer med demens som bor i institusjon, om hvordan staten/myndighetene skal utforme demensvennlig politikk som kan omsettes i praksis, og endelig et kapittel om hvordan en bør tilrettelegge for at personer med demens skal kunne bestemme over eget liv, eller ta del i slike bestemmelser. Boka avsluttes med et kapittel som rett og slett heter konklusjon, og er en oppsummering av bokas innhold.

De to kapitlene som omhandler hvordan en skal sørge for god livskvalitet for personer med demens uavhengig av boform, handler i stor grad om rettigheter knyttet til gode behandlings- og omsorgstjenester, som retten til en tidlig diagnose, til oppfølging etter diagnosen, retten til å få delta i meningsfulle aktiviteter og retten til å ha et privatliv i institusjon. Alt dette er kjent stoff for en norsk leser som har innsyn

i hvordan norsk demensomsorg praktiseres i dag, og som kjenner innholdet av Demensplan 2015 og Demensplan 2020.

I kapitlet om hvordan god statlig demenspolitikk bør omsettes til praksis, framheves betydningen av WHO's innsats, som har satt demens på kartet som en stor folkehelseutfordring, og om betydningen av Alzheimer Europe, som har vært og er en forkjemper for rettigheter til personer med demens. Også de nasjonale demensplaner som nå finnes i mange europeiske land trekkes fram som betydningsfulle for å kunne gi personer med demens et godt liv. Kapitlet om juridiske rettigheter er igjen preget av innholdet i artikkel 12 i FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, og forfatteren argumenterer for mer selvbestemmelsesrett til personer med demens. Konklusjonskapitlet gir seg selv.

Boka er bygget fint opp med gode kapitler i riktig rekkefølge. Alle avsluttes med en oppsummering i kulepunkter, slik at den travle leser kan få en rask oversikt. Teksten er illustrert med noen få figurer og tekstbokser, men det kunne vært flere. Det er rikelig med gode og oppdaterte litteraturreferanser, og indeksen er grei å bruke. Det savnes en innholdsfortegnelse!

Hvem skal lese boka? Egentlig synes jeg at den er aktuell for alle som bryr seg om god demensomsorg, men spesielt bør ledere lese boka – alle ledere fra ministre til avdelingsledere på en sykehjemsavdeling eller i hjemmetjenesten. Det vil si ledere som befatter seg med politikk og/eller praksis som kan føre til en bedre demensomsorg, og som kan gi personer med demens et bedre liv med mer selvbestemmelsesrett.

Boka anbefales på det varmeste!

NY PERM FRA



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



ISBN 978-82-8061-290-8

Perm med 12 hefter

kr 500,-

ABC hefter

Geriatrici

Denne permen er en del av *Eldreomsorgens ABC* og gir en mulighet til fordypning i geriatri og sykdommer hos eldre. Permen bygger videre på *ABC Aldring og omsorg* som er basispermen i opplæringen med *Eldreomsorgens ABC*.

For bestilling og mer informasjon: www.aldringoghelse.no tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no

Dagaktivitetssenter

– ein stad for å fremje eit verdig liv for personar med demens

Personar med demens er ei sårbar pasientgruppe som opplever at deira verdigheit vert trua. Korleis kan dagaktivitetssenteret og personalet som arbeider der fremje eit verdig liv for menneske med demenssjukdom?

Tilnærming, metode og omgrep

Kunnskap om kva som bidrar til å bevare verdigheit hos personar med demens er framleis avgrensa (1). Ein oversikt over den teoretiske og empiriske litteraturen peikar på vanskar med å definere omgrepet. Basert på litteraturoversikt over tema, konkluderer fleire forfattarar med at det er enklare å beskrive uverdigg omsorg. Det er også hevda at verdigheit er eit vagt og tåkete konsept som er lausreve frå verkelegheita i det å gje omsorg (2). Wainwright og Gallagher (3) argumenterer for å fokusere på å vere respektfull og framfor alt ikkje skade. Det kan vere ei betre løysing enn å appellere til verdigheit. Moser (4) peikar også på kor vanskeleg det er å studere verdigheit i praksis og i kvardagslivet. Ho argumenterer for at prinsippbasert etisk og juridisk tilnærming åleine kjem til kort, og at etiske verdiar må komplementerast av estetiske og sosiale verdiar for å realisere verdigheit hos personar med demens.

Målsetjinga med denne artikkelen er å vise korleis dagaktivitetssenteret og personalet der fremjar eit verdig liv for menneske med demenssjukdom. Vi tar utgangspunkt i tre anonymiserte scener, der vi møter «Anna» i eigen heim og på dagaktivitetssenteret.

Dei fleste teoriar om verdigheit skil mellom to dimensjonar av omgrepet, ei ibuande verdigheit knytt til menneskeverdet og ein relasjonell og relativ form for verdigheit. Verdserklæringa om menneskerettane av 1948 slår fast at *alle* menneske har *same verdigheit*. Mennesket som

person har ein «ibuande verdigheit» (inherent dignity), ein kvalitet som er naturgitt, og vert av den grunn verande intakt og urørt av alle ytre relasjonar og påkjenningar. Den kan ikkje gå tapt verken av sjukdom, smerter, liding eller demensutvikling.

Verdigheit knytt til identitet og relasjonar kan verte ivareteken eller krenkt i møte med andre menneske (5, 6). Verdigheit knytt til identitet handlar om i kor stor grad den einskilde respekterer seg sjølv og vert respektert av andre. Ifølge Nordenfelt og Edgar (6) er dette ein form for verdigheit som er spesielt sårbar i samanheng med sjukdom, aldring og sosiale relasjonar. Eksempel på krenking av denne form for verdigheit er når ein ikkje lar pasienten leve i tråd med sine ønske og verdiar, eller dersom ein berre ser pasienten som ein diagnose og ikkje som eit menneske med si historie (7). Verdigheit og ære i form av subjekt og aktørstatus er altså ikkje noko ein har eller ikkje har, men noko som ein får; oppnår, vert tilskriven eller fråskriven i dei interaksjonar og relasjonar ein inngår i (4).

Norberg (8) fokuserer på korleis demenssjukdom er ein trussel mot mennesket sin identitetsverdighet. Vanskar med hukommelse og kommunikasjon gjer dei svært sårbare utan insiktsfull hjelp frå andre.

Tranvåg (9) identifiserer tre aspekt som viktige for opplevinga av verdigheit i kvardagen til demenssjuke personar: å kunne akseptere seg sjølv og sitt menneskeverd, og å leve i tråd med

SKREVET AV

Toril Midtbø,
førstelektor Høgskulen
på Vestlandet

Marta Strandos,
utviklingskoordinator,
Utviklingssenter for
sjukeheim og heime-
nester (USHT)

Bente Lofnes,
sjukepleiar og leiar
dagaktivitetssenter



Å vera i livet

*Dette: Å vera i livet,
open for alt ikring,
bunden med sterke røter
til menneske og til ting,
gi både hjarte og hender
i omsorg som aldri svik,
var det som gav meining til ferda di
og let deg få kjenne deg rik.*

Halldis Moren Vesaas

verdiar som gjev livet meining. Å kunne anerkjenne si eiga livshistorie og erfare korleis denne gjev meining til livet her og no, og å kunne erfare andre menneske si inkluderande haldning og å bli stadfesta som likeverdig person i fellesskapet.

Demenssjuk og sårbar

Scene 1

Eg møter Anna heime. Ho ligg i senga. Sliten. Uflidd. Vil ikkje dusje. «Eg er ikkje verdt noko lenger» seier Anna. Mine gode forslag når ikkje fram. Anna har demens. Ho og ektefellen har budd saman i 60 år. Ektefellen er sliten, fortvila, uroa for at Anna ikkje vil dusje og ikkje vil ta imot tilbodet om dagaktivitetssenter. Borna er langt borte. Han har «lova at dei skal leve saman i gode og vonde dagar», no røyner det på. Han vil så gjerne ha henne heime litt lenger.

Anna er i ferd med å «gje opp». Sjukepleiar lyttar, masserer, hjelper til med personleg stell – ei varsam understøttande hand gjer dusj mogeleg, steller håret. Anna gir uttrykk for velvære. Saman køyrer dei i bilen til dagaktivitetssenteret.

Vår pasient høyrer til ei sårbar pasientgruppe, og det er ikkje vanskeleg å merke at ho opplever verdigheita som trua – allereie i første møtet i heimen. «Eg orkar ikkje å stå opp», «eg er ikkje verdt noko lenger». Spørsmål som «Har du lyst å få hjelp til ein dusj?», «Ønsker du ein dagaktivitetsplass?» når ikkje inn til Anna. Ho har tapt evne til å meistre personleg hygiene – hjelp til stell og påkledding er angstfullt (10). Anna strevar med å godta stadig hyppigare og omfattande hjelp (11).

Anna har hatt ein sterk identitet som omsorgsgjevar, for ektefelle og born. No har ho inga rolle som omsorgsgjevar lenger, opplevinga av å ikkje strekke til er vond. Kvinna har gradvis mista så mykje, «eg er ikkje verdt noko» (11). Livet er krevjande for Anna. Dette veit sjukepleiar. Anna må takast vare på fordi ho ikkje lenger klarer å ta vare på seg sjølv. Ho har ein sjukdom som gradvis og progressivt underminerer dei eigenskapar som

ligg til grunn for både stemme, handlekraft og sjølvbestemming. Spørsmålet er då korleis ein ivaretek verdigheita til pasienten. Det er ei utfordring som personalet lever med og må handtere i daglege situasjonar som dei vi ser døme på her.

Anna vert ein del av eit fellesskap på dagaktivitetssenteret. Anna seier ofte at «her har vi det godt» når ho er på dagaktivitetssenteret. Ho er på senteret tre dagar i veka, og ektefellen er alltid trygg for Anna desse dagane. Ved hjelp frå heimesjukepleie maktar ektefellen dei andre dagane. Ekteparet får bu heime i to år før Anna flyttar til skjerma eining på sjukeheimen.

Den gode starten på dagen

Scene 2

Anna trer varsamt inn i 60-tals huset. Frukostbordet er innbydande, eimen av nytrekt kaffi møter henne i døra, lokalavisa er henta, og det er fyr i peisen. Anna vert ønskt velkomen til frukostbordet saman med fire andre menneske med demens. Ho er venta, bordkortet står på den faste plassen. Appetitten og kunnskapen som sit i kroppen vert vekt ved kaffilukta og synet av eit delikat frukostbord. Anna stemmer opp «Gud signe maten på vårt bord», som ho er van med frå oppveksten. Kvardagsstresset minkar. Anna får energi til å styrke identiteten. Huset gjer det lettare å

kjenne att ting. Det er bruk for deg her – songen, baking, dei gode replikkane, humoren ...

Anna vert naturleg inkludert i eit omsorgsfellesskap. Ho vert sett, tatt imot i døropninga til dagaktivitetssenteret, verdsett med velkomstorda «vi er så glade for at du kjem i dag», smilet, du er viktig for oss som personale og for dei andre pasientane, det betyr noko at du kjem. Anna vert sett som eit heilt menneske, «du er unik», midt i alt det skrøpelege, det sårbare, uavhengig av meistringsevne. I haldning og handling anerkjenner omsorgsgjevar menneskeverdet til pasienten (9). Vi erfarer at det å bli bekrefte og akseptert ved inngangen til dagen kan vere avgjerande viktig for utviklinga utover dagen. Å bli bekrefte kan vere ein døropnar for kommunikasjon gjennom kjensler til fellesskap og trøst (8,1).

«Selv i de vanskeligste situasjoner kan sårbarheten bidra til at livet folder seg ut og blomstrer og verdigheten får plass», seier Kari Martinsen (12, s. 243). Dette erfarer vi i møte med Anna. Når ho kjenner seg trygg og respektert, opnar det rom for kreativitet, humor og arbeidslyst. Dette handlar om å gje plass for tydings- og fortellarrom, i og mellom oss (12). Element frå livshistoriene til dei fem personane rundt bordet får både tid og rom. Når kvardagsstresset minkar og roa melder seg kjem minnet sterkare fram. Personalet leitar seg fram til kva som opptek pasientane, kva dei tenkjer, kva dei trives med, kva dei strevar med, og kva slags mening kvardagslivets hendingar synest å ha for dei. Kva står på spel for denne kvinna med demens i kvardagen hennar, ut frå hennar verdiar og livsprosjekt? Frukostbordet er ofte ein arena der personale legg til rette vilkåra som gjer det mogeleg å agere og vere subjekt. På den måten trer det unike hos kvar einskild pasient fram. Anna har lang erfaring med å bake. Ho får kontroll, får ta regien, vere sjefen, det er ho som har kunnskapen, får vere vertinne. Ho får vise omsorg for andre – i tråd med det ho alltid har stått for, å «Gi både hjarte og hender i omsorg som aldri svik», og oppleve at det gir mening og rikdom til livet her og no. Personale og medpasientar sørger for at ho ikkje misser kontrollen; dei hjelper til med å hente fram minne og hendingar, og dei tilrettelegg praktisk for at ho skal meistre. Heggstad, Nortvedt og Slettebø (13) viser at kontroll over eige liv og i størst mogeleg grad kunne bestemme sjølv, er vesentleg for opplevinga av verdigheit hos menneske med demenssjukdom.

Smertepunkta i livet til dei fem demenssjuke menneska rundt bordet er mange, som også forkinga til Wogn-Henriksen (11) syner. Alle er i ein sårbar situasjon og avhengig av andre.

«Når ho kjenner seg trygg og respektert, opnar det rom for kreativitet, humor og arbeidslyst.»

«... grunnlegjande verdiar som framleis er viktige kjelder til å oppleve verdigheit.»

Det ligg noko verdifullt i å møte andre og få innsyn i kva dei slit med. Potensialet i pasientgruppa for å bekrefte og anerkjenne kvarandre er stort og vert aktivt nytta. Pasientar som har vore lenge ved dagaktivitetssenteret får møte andre som kjem for første gang, har ein sterk skepsis mot staden og som i utgangspunktet ikkje vil vere på senteret. Saman med personalet får dei vise «nye» pasientar omsorg og gjere dei tryggare. Å kunne erfare andre menneske si inkluderande haldning styrkjer opplevinga av å vere del av eit meningsfullt fellesskap. Dette stør opp under verdigheita til pasientar med demens. Norberg (8) peikar på samspelet i gruppa som vesentleg hjelp til å bevare identitetsverdigheta. Vi erfarer at gruppesamsetjinga på dagaktivitetssenteret er avgjerande for nettopp å styrke identitetskjenninga hjå den einskilde. Personalet har stor merksemd på å sette saman grupper som støttar opp under eit meningsfullt fellesskap.

Songen som døropnar

Scene 3

«Eg har berre vore husmor eg, det betyr så lite». Slike utsegn kom ofte frå Anna i starten. Forsiktig. Angsten melde seg, spesielt angst for nye stader, nye menneske, nye gjeremål.

Oppleving av å ikkje strekke til kjennest vond. Dette utfordrar pasientane si sjølvkjensle og sjølvaking, og mange opplever at deira verdigheit vert trua (9). Daglege gjeremål som Anna tidlegare har meistra, har blitt vanskelege å gjennomføre i kvardagen. Ho er som mange demenssjuke pasientar oppteken av å bevare sjølvkjensla, og å vere i aktivitet (11). Det sviktande minnet hindrar henne. Ho er heilt avhengig av andre for å oppretthalde desse behov: pårørande, medpasientar, personale, frivillige og anna nettverk.

Etter kvart får Anna delta i aktivitetar som er meningsfulle og gjenkjennelege for ho. Anna, som var i ferd «med å gje opp», blomstrar og får ta del i dagleglivet. Personale har varsamt kartlagt og valt ut bevisst i dialog med Anna som ikkje sjølv kan velje. Tema frå tidlegare livsfasar; frå barndom og oppvekst vert henta fram – grunnlegjande verdiar som framleis er viktige kjelder til å oppleve verdigheit (9, 1). Anna får bekrefte sin identitet og vert stadfesta som eit menneske som har teke del i verdifulle ting i livet. «Du har vist stor omsorg for ektefelle og fire born, du har meistra alle dei vanskelege tinga i livet. Det er du som er eksperten på å bake flatbrød». Fokus her er på personen som aktør og subjekt og på det å innsette eller gjeninnsette henne i verdigheit og ære. I tråd

med Moser (4) er dette å forstå kvinna sin autonomi og verdigheit også som relasjonelle eigenskapar.

Nokre verdiar har vore særers meiningsfulle for Anna gjennom livet; først og fremst salmesongen. Vegen til songkjelda hos Anna er kort, det er som ho ausar av ei kjelde som aldri vert tom. Salmane har Anna kunna heile livet. Opplevinga ved å synge fyller henne med glede og tryggleik. Ho får ei viktig oppgåve på dagaktivitetssenteret; å ta opp tonen, stødig, alle versa skal syngast, som i «Den første song» – og deretter samtalen om Per Sivle som miste mor si då han var tre år – som alle i gruppa deltek i – alle har noko å bidra med. Ei hending som gjorde inntrykk; noko har «sett seg i» kjenslene.

Anna får presentert seg både for seg sjølv og dei andre. Gradvis kjem dei andre aktivitetane til syne – det er som om songen har vore innfallsporten, «tonen» (vegen) inn til dei andre aktivitetane. Ein slags «start» for å ta opp att dagleglivets aktivitetar; bakegleda, gleda over dei første vårblomane. Desse gode augeblinkar av meistring vert for Anna ein veg tilbake til fellesskapet. I tråd med Tranvåg (9) erfarer vi at opplevinga av verdigheit er knytt til å kunne delta i meiningsfulle aktivitetar, å få høve til å utføre konkrete arbeidsoppgåver som gir dei kjensla av at dei er menneske som framleis kan meistre mange av dagleglivets gjeremål. Gradvis tek Anna del i kjende aktivitetar som å dekke midagsbordet, å bake, ho lærer personalet å bake lefser. Vi erfarer at Anna og fleire av pasientane vert meir sjølvstendige og mindre sårbare ved meiningsfulle og kjende aktivitetar. Dei får meir kontroll over eige liv og i større grad får bestemme sjølv, i tråd med Heggstad, Nortvedt og Slettebø (13).

Ektefellen får heim ei nøgd kvinne som stolt serverer nybake lefser til ettermiddagskaffien. I tråd med Martinsen (14) er det som om dei livsbekreftande erfaringane og livsmotet er henta fram igjen.

Avslutning

I vårt første møte med pasienten i heimen får vi del i hennar sårbare situasjon. I all samkvem med Anna i tida på dagaktivitetssenteret ser vi kvar dag kor lett det er å krenke, men vi ser også kor lite som ofte skal til for at menneske med demens skal oppleve seg verdifulle, bli sett og kjenne seg bekrefte. Når vi i ettertid reflekterer over hendinga i scene 1, trur vi at Anna ville vore innlagt på fast plass på skjerma eining for minst to år sidan. Ho ville då vore skild frå ektefellen sin gjennom store delar av døgnet.

Kvifor fekk Anna og ektefellen bu heime i to år etter denne hendinga vi starta med å fortelje? Anna som ikkje lenger greier å vere aktiv i sitt eige kvardagsliv – tek etter kvart del i kjende «emne» som song, baking, utflukter, dekkabord; deltek i kvardagslivet på dagaktivitetssenteret. «Her har vi det godt» gjeld ikkje berre for Anna. Dei fleste pasientene ved dagaktivitetssenteret gir uttrykk for dette – sjølv om dei fleste i utgangspunktet ikkje ønskjer å vere der, som Anna. I tråd med Myskja (15) erfarer vi at mange demensråka kan leve med plagene sine dersom dei opplever at dei har «eit godt liv».

Kunnskap om kva som bidrar til å bevare verdigheit hos demenssjuke menneske er framleis avgrensa, og det er behov for forskning på dette området. Målet med denne artikkelen var å drøfte nokre erfaringar i lys av teori og forskning.

Eit dagaktivitetssenter som ein stad for å fremje eit verdig liv for personar med demens fordrar eit personale med kunnskap om korleis demenssjukdomen grip inn i levd liv, ein heilt sentral føresetnad for å kunne hjelpe på pasienten sine premisser. Vidare å legge til rette for aktivitetar som fremjar meistring. For nokre pasientar ein stad «å berre vere».

Vår erfaring er at menneske med demens ønskjer så inderleg å verte rekna med, å vere ein del av kvardagslivet. Dette føreset eit personale som er genuint opptekne av og verdset alvorleg sjuke, avhengige og sårbare menneske med demenssjukdom – så dei kan erfare «Dette å vera i livet», som gjev mening her og no, «og let deg få kjenne deg rik».

■ Toril.midtbo@hvl.no

REFERANSER:

1. Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. Relational interactions preserving dignity experience: Perceptions of persons with dementia. *Nursing Ethics*. 2015; 22(5): 577-93
2. Kane J, de Vries K. Dignity in long-term care: An application of Nordenfelt's work. *Nursing Ethics*. 2017; 24(6): 744-51
3. Wainwright P, Gallagher A. On different types of dignity in nursing care: a critique of Nordenfelt. *Nurs Philos*. 2008; 9: 46-54
4. Moser I. Behandlingskultur og verdighet – i møte med personer med demens. I: Holm MS, Husebø S, red. *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s. 87-99.
5. Heggstad AKT, Knutstad U. Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2016.
6. Nordenfelt L, Edgar A. The four notions of dignity. *Quality in Aging and Older Adults*. 2005; 6(1): 17-19.
7. Heggstad AKT. «To be taken seriously as a human being»: a qualitative study on dignity in dementia care. Oslo: Det medisinske fakultet (Avhandling); 2014.
8. Norberg A. Identitetsverdighet hos personer med demens. *Demens og alderspsykiatri*. 2016. 4
9. Tranvåg O. «I verdighetens navn» - om verdighetsbevarende omsorg for personer med demens. *Tidsskriftet Demens og Alderspsykiatri*. 2017; 1.
10. Hynninen MJ. Når verden blir uforståelig og skremmende: Angst hos mennesker med demens. *Tidsskriftet Demens og Alderspsykiatri*. 2011; 1.
11. Wogn-Henriksen K. «Du må ... skape deg et liv»: En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom». Avhandling for graden philosophia doctor. Psykologisk institutt. Trondheim: 2012. Henta 22.04.15. Tilgjengeleg frå: <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:561755/FULLTEXT01.pdf>
12. Martinsen K. «Vil du meg noe?» Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I: Alvsvåg H, Førland O, Jacobsen F, red. *ROM for omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget; 2014.
13. Heggstad AKT, Nortvedt P, Slettebø Å. Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia*. 2015; 14(6):825-41.
14. Martinsen K. Livsmot og lidelse – den omtenksomme sykepleiers utfordring. I: Martinsen K red. *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: Tano; 1993
15. Myskja A. *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm; 2013.

KRISTIANSAND 6.-8. MAI 2019

Landskonferansen i alderspsykiatri 2019

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

Early bird-pris 4 200 kr til 4. februar 2019

Plenumsforedrag om

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

Parallellsesjoner om

- Eldre pasienter med innvandrerbakgrunn
- Miljøterapi ved alderspsykiatriske sykdommer



For fullstendig program og påmelding se aldringoghelse.no/landskonferansen2019

Psyk-IT



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.

11. des.	Billediagnostikk i utredning av demens	Kjell Arne Kvistad, seksjonsoverlege dr. med., Klinikk for billediagnostikk, St Olavs hospital
15. jan.	Vold og overgrep mot eldre	Janne Myhre ph.d. stipendiat, NTNU, Medisinsk fakultet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Trondheim
12. feb.	Hvordan bruke dyr og sosiale robotdyr i demensomsorg?	Nina Jøranson, Førsteamanuensis, ph.d. VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag

På www.psykit.no finner du informasjon om påmelding, program og tidligere publiserte videoforedrag.

GerIT – Fjernundervisning i geriatri

Fjernundervisning i geriatri drives som et samarbeidsprosjekt mellom Norsk forening for geriatri og Aldring og helse. Undervisningen holdes som telefonmøte og er gratis. Aktuelle presentasjoner legges ut på hjemmesiden til NGF i forkant av hvert møte (www.norskgeriatri.no).

Målgruppe: Personell i geriatriisk virksomhet i sykehus og kommunehelsetjeneste.

Godkjenninger: Undervisningen er en del av opplæringen for leger i utdanningsstillinger i geriatri.

Tidspunkt: Møtene finner sted annenhver tirsdag (partallsuker) fra kl. 14.30–15.30. Per Raymond Nordnes vil den 11. desember undervise om Eldre og bilkjøring. Første foredrag 2019: 8. januar.

Deltakere som vil følge GerIT oppfordres til å kontakte daglig leder Leiv Otto Watne på tlf. 40 20 37 12 eller e-post: l.o.watne@gmail.com. **Les mer om tilbudet på aldringoghelse.no/gerit eller på norskgeriatri.no**

FAGSKOLE

To studietilbud for helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivitører

**DEMENSOMSORG
OG ALDERSPSYKIATRI**

**UTVIKLINGSHEMNING
OG ALDRING**

Opptaket starter 1. mars. Studiet starter i august

www.aldringoghelse.no/fagskole



Kurs og konferanser 2019



SKANN RETT
TIL NETTSIDEN

Velkommen til våre kurs og konferanser!

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

KURSPERIODE	TEMA	STED
FEBRUAR		
6. februar	Geriatriseminar Vestfold	Sandefjord
11.–12. februar	Utvidet utredning av demens og kognitiv svikt	Oslo
MARS		
4.–5. mars	Demenssykdommene	Oslo
12.–14. mars	Basiskurs Aldr hos personer med utviklingshemning	Oslo
13. mars	Preoperativ optimalisering av eldre pasienter	Oslo
19.–20. mars	Basal utredning av demens og kognitiv svikt	Trondheim
28. mars	Utfordringer i dagaktivitet og arbeid	Oslo
APRIL		
8.–9. april	Geriatrikongressen	Oslo
MAI		
6.–8. mai	Landskonferanse i alderspsykiatri	Kristiansand
SEPTEMBER		
5.–6. sept.	VPM kursholderkurs	Oslo
NOVEMBER		
13. nov.	Den 10. temakonferansen om utviklingshemning og aldring: Miljøarbeid	Oslo
DESEMBER		
3.–4. des.	Demensdagene 2019	Oslo



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.aldringoghelse.no

Etikk

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

Referanser

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

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

Eksempler:

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

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

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

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

Supplement til tidsskrift:

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

Bok:

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

Kapittel i bok med flere forfattere:

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

Rapporter:

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

Offentlige publikasjoner:

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

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

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

Avhandling:

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

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

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

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

Reference List

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

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

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

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

presse.no

REDAKTØR

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

REDAKSJONSSEKRETÆR

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

VITENSKAPELIG REDAKSJON

Sverre Bergh, cand.med., postdoktorstipendiat, vit. red.
Cathrine Arntzen, ergoterapispes. i eldres helse, ph.d.
Øyvind Kirkevold, professor dr.philos. vit. red.

Anne Marie Mork Rokstad, postdoktor, sykepleier

Kontakt vitenskapelig redaksjon:
fagredaktor@aldringoghelse.no

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

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

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

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

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

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

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

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

Abonnér på Tidsskriftet aldring og helse

4 UTGAVER
ÅRLIG

For kun kr
420,-

Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:

Nett: butikk.aldringoghelse.no/tidsskriftet

E-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no

Tlf.: 33 34 19 50

*Abonnementet gjelder fram til det sies
opp skriftlig.*

TIDSSKRIFTET
aldring og helse

www.aldringoghelse.no

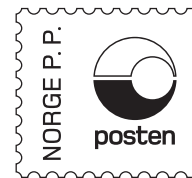


Foto: Martin Lundsvoll

Ny film: Åpenhet om demens på samisk språk

Filmen gir informasjon om demens, med utgangspunkt i nordsamisk språk og kulturperspektiv. I tillegg til faglig informasjon og eksempler fra helse- og omsorgstilbud, deler Johan Anders Eira og hans ektefelle Inger Marie Bongo Eira sine erfaringer. Aldring og helse har produsert filmen på oppdrag fra Helsedirektoratet, som del av Demensplan 2020. En rekke ressursinstanser har deltatt i arbeidet. Mer informasjon og film finner du på aldringoghelse.no. Søk Rabhasvuhta demeanssa birra – Åpenhet om demens. For spørsmål, kontakt kirsti.hotvedt@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG